UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 — N°

CONTRIBUTION A L'ASSOCIATION DES PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

THESE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 17 Octobre 1970

par

KHALEF Abdelkamel

né le 1er Juin 1942 à Mechra Belksiri (Maroc)

MEMBRES DU JURY

MM.	**B. KHATI** Professeur (Pédiatrie et Puericulture)	**Président**
	P. CHAULET Maitre de Conférences Agrégé (Pneumophtisiologie)	**Juges**
	B. OULD-ROUIS Maitre de Conférences Agrégé (Maladies Infectieuses)	
	A. AIT KHALED Maitre de Conférences Agrégé (Maladies Infectieuses)	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536513_0005

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 — N°

CONTRIBUTION A L'ASSOCIATION DES PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

THESE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 17 Octobre 1970

par

KHALEF Abdelkamel

né le 1er Juin 1942 à Mechra Belksiri (Maroc)

MEMBRES DU JURY

MM.	**B. KHATI** Professeur (Pédiatrie et Puériculture)	**Président**
	P. CHAULET Maître de Conférences Agrégé (Pneumophtisiologie)	**Juges**
	B. OULD-ROUIS Maître de Conférences Agrégé (Maladies Infectieuses)	
	A. AIT KHALED Maître de Conférences Agrégé (Maladies Infectieuses)	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

A la mémoire de mon Oncle HADJ SAAD, en reconnaissance de la tendresse et de l'affection qu'il nous a toujours témoignées, y compris l'amour du travail dont il a su nous inculquer les principes avec un rare bonheur.

A la mémoire de mon Oncle Mohamed FERHAT.

A la mémoire de mon Oncle le Chahid SAID.

A la mémoire de mon Cousin, le Chahid MUSTAPHA, qui a toujours été pour moi l'exemple du courage, de l'esprit de sacrifice et de l'équité.

A mon Père et ma Mère dont je n'oublierai jamais les sacrifices qu'ils ont consentis, afin que je poursuive mes études.

A mes Frères et Soeurs, Abdelkader, en particulier qui n'a ménagé ni son temps, ni ses encouragements en des moments difficiles, afin que je persévère dans mes études , ainsi qu'à toute ma famille.

A Madame GOUAZE Lucienne à qui nous exprimons toute notre gratitude pour les services bénévols qu'elle s'est toujours empressée de rendre à notre famille.

A notre Maître Monsieur le Professeur KHATI, qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse, nous le prions de trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance tant pour la délicate attention qu'il a eue à notre égard lors de notre stage dans son service, qu'en ce qui concerne l'enseignement qu'il nous a prodigué avec une clarté et une précision remarquables.

A notre Maître Monsieur le Professeur CHAULET à qui nous adressons nos plus vifs remerciements en reconnaissance de l'aide efficace qu'il a bien voulu nous apporter, par la clarté de ses cours et lors de la préparation de cette thèse.

A notre Maître Monsieur le Professeur OULD ROUIS qui, avec une spontanéïté et un désinteressement dignes de tous les éloges a bien voulu nous dispenser des cours, nous accepter en stage dans son service, tout en daignant être membre du Jury.

A notre Maître Monsieur le Professeur AIT KHALED, en le priant d'accepter tous nos remerciements pour les conditions favorables qu'il a su créer, aussi bien pendant la durée de notre stage dans son service, que pour la qualité de l'enseignement qu'il nous a prodigué.

Qu'il trouve ici, également l'expression de notre gratitude pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du Jury.

A notre Maître Monsieur le Docteur OUSSEDIK, à qui nous devons le sujet de cette thèse, et dont nous avons su apprécier à leur juste valeur les conseils d'ordre pratique qu'il n'a cessé de nous donner, lors de notre stage dans son service.

A notre Maître Monsieur le Professeur GROSSET, en reconnaissance des cours qu'il a bien voulu nous dispenser et des résultats bactériologiques que nous lui devons.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine,

A nos Maîtres des Hôpitaux

qui n'ont ménagé aucun effort durant nos études médicales.

Au personnel Para-Médical de l'ensemble des services, où nous avons fait nos différents stages et, en particulier, aux infirmiers du service BOUDERBA de l'Hôpital de BENI-MESSOUS pour l'aide et la compréhension dont ils ont toujours fait preuve.

A Monsieur KOUACI dont l'aide efficace doublée de la netteté du travail fourni valent nos plus vifs remerciements.

A tous mes amis, à tous mes camarades de promotion.

- CHAPITRE I - I N T R O D U C T I O N -

L'étude de l'association des Pneumopathies aigües Bactériennes et de la Tuberculose pulmonaire présente un double intérêt :

- Un intérêt pratique, d'ordre clinique et thérapeutique ;
- Un intérêt pathogènique, d'ordre bactériologique.

L'Algérie est un Pays à forte prévalence tuberculeuse, mais la fréquence des pneumopathies infectieuses non tuberculeuses n'est pas négligeable : c'est pourquoi, il est apparu nécessaire d'adopter une définition bactériologique du cas de tuberculose pulmonaire.

En effet, la radiologie ne peut fournir que des images suspectes de tuberculose.

De plus, des images pulmonaires dûes à des affections pulmonaires diverses, authentiquement non tuberculeuses, peuvent simuler la tuberculose.

Enfin, dans certains cas, les pneumopathies aigües bactériennes s'associent à une tuberculose évolutive au point de rendre le diagnostic radiologique précis absolument impossible : Cette difficulté du diagnostic complique évidemment la tâche du thérapeute.

o

o o

Bien que cette association de la tuberculose pulmonaire et des pneumopathies aigües bactériennes soit connue depuis longtemps, il est curieux de constater dans la littérature médicale qu'une étude systématique de l'association n'a jamais été entreprise, que les mécanismes de

.../....

l'association n'ont presque jamais été éclaircis, que les statistiques sont rares.

L'hypothèse du "B.K. de sortie" souvent émise, restre très discutable, surtout lorsqu'en pratique, elle conduit certains médecins à négliger une tuberculose authentique.

Le problème bactériologique posé par l'Association Tuberculose Pulmonaire et Pneumopathies Aigües Bactériennes est difficile à trancher :

Y-a-t-il synergie, indifférence ou antagonisme entre le B.K. et les pyogènes ?

On sait qu'in vitro, la pullulation microbienne des germes pyogènes aboutit, dans une expectoration conservée plusieurs jours à température ambiante, à lyser les Bacilles de Koch, ou tout au moins à entraver leur multiplication ; de même, la décontamination bactérienne des crachats est nécessaire pour permettre la culture du B.K.

Bien qu'aucune expérience contrôlée n'ait été rapportée, on peut se demander si des phénomènes du même ordre n'interviennent pas in vivo, et chez l'homme en particulier, pour expliquer un certain nombre d'observations.

Dans d'autres cas cliniques au contraire, le relatif antagonisme semble ne jouer aucun rôle : une étude bactériologique soigneuse de tous les cas observés serait nécessaire pour tirer des conclusions générales.

o

o o

C'est en raison de l'intérêt clinique et bactériologique qui s'attache à leur étude qu'il nous a paru utile de rapporter, à propos de 20 observations, nos constatations sur l'association tuberculose pulmonaire pneumopathie aigüe bactérienne.

Notre étude porte sur 20 cas d'association de pneumopathies aigües bactériennes et de tuberculose pulmonaire. Ces 20 cas ont été recueillis, en 4 ans, dans un service de pneumophtisiologie d'adultes à l'Hôpital de BENI-MESSOUS. Il s'agit d'un service Hommes, composé de 100 lits disponibles.

Ces observations ont été réparties en deux groupes :

I) - Le premier groupe concerne les abcès du poumon sur lesquels vient se greffer une tuberculose pulmonaire, il se compose de 5 cas.

II) - Le deuxième groupe comprend les pneumopathies aigües bactériennes non suppurées, associées à la tuberculose pulmonaire.

Ce groupe se compose de 15 observations réparties en 3 sous groupes :

A/ - Les pneumopathies aigües bactériennes précédant ou révélant la tuberculose ;

B/ - Les pneumopathies aigües bactériennes au cours d'une tuberculose en traitement ;

C/ - Pneumopathie aigüe bactérienne et tuberculose pulmonaire révélées simultanément.

Nous grouperons ces données dans le Tableau I.

.../...

GROUPES	SOUS-GROUPES	NOMBRE
I/ ABCES DU POUMON + TUBERCULOSE PULMONAIRE		5
II/ PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES + TUBERCULOSE PULMONAIRE	A/ - PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES PRECEDANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE	7
	B/ - PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES VENANT SE GREFFER SUR UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE EN TRAITEMENT	3
	C/ - PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES SE DEVELOPPANT EN MEME TEMPS QUE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE	5

- CHAPITRE II -

CLASSIFICATION DES OBSERVATIONS :

GROUPE I : Abcès du poumon ayant précédé ou révélé une tuberculose

GROUPE II : Pneumopathies aigües non suppurées et tuberculose

A/ - Les pneumopathies aigües bactériennes précédant ou révélant la tuberculose pulmonaire

B/ - Les pneumopathies aigües bactériennes au cours d'une tuberculose pulmonaire en traitement

C/ - Pneumopathie aigüe bactérienne et tuberculose pulmonaire révélées simultanément.

I) - ABCES DU POUMON AYANT PRECEDE OU REVELE UNE TUBERCULOSE

Nous étudierons tout d'abord les abcès du poumon ayant précédé ou révélé une tuberculose ; ce groupe est composé de 5 cas :

- CAS I : Monsieur I..... Mohamed, âgé de 59 ans, originaire d'ALGER, manoeuvre dans les abattoirs, est adressé dans le service le 23 Janvier I966. Le début de la maladie remonte à une semaine : il s'est manifesté par de la fièvre avec frissons, de la toux, des douleurs thoraciques droites. L'apparition d'une vomique amène le malade à consulter.

A l'entrée le malade présente de la fièvre à 39° et une altération de l'état général.

On note dans les antécédents du malade, tabagisme (I paquet de cigarettes par jour depuis 20 ans) et éthylisme (2 litres de vin de table par jour depuis I0 ans).

La radiographie pulmonaire de face et de profil montre une image hydro-aérique du segment dorsal du lobe supérieur droit. On ne retrouve pas de Bacilles de Koch dans les crachats. Il existe une hyperleucocytose à I4 700 globules blancs avec neutrophilie à 73%, la glycémie étant de 3,70 grammes par litre.

L'état général étant très altéré et le syndrome infectieux étant sévère, le diagnostic d'abcès du poumon chez un diabètique est retenu et l'on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline, I g de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. On donne par la bouche I,5 g de Terramycine par jour et I comprimé matin et soir de glucidoral.

.../...

A la bronchoscopie, on voit du pus sourdre de la bronche lobaire supérieure droite ; on pratique une aspiration afin de rechercher les Bacilles de Koch, les germes banaux et les cellules malignes. Les examens pratiqués sur cette aspiration nous signalent la présence de staphylocoques pathogènes. On prescrit alors de l'Erythromycine à la dose de 2g par jour per os et 4 g par jour de Flabelline en perfusion.

L'état général du malade s'améliore légèrement, l'hyperleucocytose persiste : II 500 globules blancs avec neutrophilie à 65%, la glycémi étant de I,88g par litre. Une deuxième recherche de germes dans les crachats montre : la persistance du staphylocoque pathogène, l'absence de bacilles de Koch à l'examen direct, une culture sur milieu de Lowenstein étant en cours. Après 4 mois de traitement, l'état général du malade s'est considérablement amélioré, la radiographie étant subnormale, la sortie est envisagée quand les résultats d'une culture datant du 25/3/66 parviennent du laboratoire, signalant la présence de nombreuses colonies de B.K. Un traitement anti-tuberculeux est alors prescrit à base de Rimifon, de P.A.S. de Streptomycine. Les tomographies nous montrent la présence d'une cavité du sommet droit.

Après six mois de traitement anti-tuberculeux, les examens bactériologiques à l'examen direct et en culture se sont négativés, la vitesse de sédimentation est de 7mm à la Ière heure et de I8 mm à la 2ème heure, la glycémie étant de I,5g par litre. A la radiographie il ne persiste que des séquelles du sommet droit, le malade sort avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux de I0 mois. Un contrôle a été fait 6 mois après sa sortie, les examens bactériologiques étaient négatifs,

.../...

- C A S I -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
25.I.66	Image hydro-aérique du lobe supérieur droit (segment dorsal)	ZN = BKO LJ en cours	Glycémie : 3,7g par litre I4 700 globules blancs avec neutrophilie à 73%	500 cc de sérum glucosé-isotonique avec 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol I,5 g de Terramycine 3 comprimés de Glucidoral.
5.2.66	Très légère amélioration	ZN = BKO présence de staphylocoques pathogènes	Glycémie : I,80 g par litre. I2 500 globules blancs	Traitement précédent + 4g de Flabelline e perfusion + 2g par jour d'Erythromycine per os.
25.3.66	Bonne amélioration	Staphylocoques pathogènes ZN = BKO LJ en cours	II 500 globules blancs Glycémie : I,80g parlitre	Traitement précédent maintenu
3.5.66	Amélioration mais caverne décelée par tomographie	LJ = BK ⊖ en date du 25.3.66	Glycémie : I,70 g par litre	Streptomycine :Ig pa jour en I.M. Rimifon : 600mg par jour per os P.A.S. I2g par jour per os.
9.7.66	Séquelles fibreuses minimes au niveau du sommet droit	ZN = BKO LJ = BKO	Glycémie : Ig par litre Vitesse de sédimentation : 30 mm à la I° h 65 mm à la 2° h	Même traitement à poursuivre
25.II.66	Séquelles fibreuses du sommet droit	ZN = BKO LJ = BKO	Glycémie : I,5g par litre Vitesse de sédimentation : 7 mm à la I° h I8 mm) la 2° h	Sortant avec traitement ambulatoire de six mois : Rimifon : 600 mg par jour P.A.S. I2g par jour
20.5.67	Image thoracique normale	ZN = BKO	Vitesse de sédimentation : 5 mm à la I° h I0 mm à la 2° h	Traitement antituberculeux à poursuivre pendant 6 moi Rimifon :600 mg par jour

la radiographie pulmonaire était subnormale.

EN RESUME : Abcès du poumon révélateur d'une tuberculose pulmonaire après deux mois chez un diabètique de 59 ans.

- CAS 2 : S.....Liecheri, âgé de 45 ans, originaire d'ALGER est hospitalisé le I2/3/I966 pour pneumopathie.

Les premiers signes de la maladie remontent à I959, ils se sont manifestés par de la fièvre, de la toux, et une expectoration purulente et fétide. Le malade s'adresse à l'Hôpital EL KETTAR où il est hospitalisé pour abcès du poumon pendant 5 mois.

Environ 7 ans après, le malade revient consulter à l'Hôpital de BENI-MESSOUS, présentant à nouveau de la fièvre, de la toux et une expectoration muco-purulente. Son état général étant très altéré, le malade est hospitalisé. Un bilan pulmonaire est pratiqué : la radiographie de face et de profil nous montre une image hydro-aérique de la région para-hilaire droite siègeant dans le segment de Fowler.

L'examen bactériologique des crachats révèle la présence de pneumocoques sensibles au Chloramphénicol et à la Terramycine, et l'absence de Bacilles de Koch à l'examen direct ; une culture sur milieu de Lowenstein est mise en train. La formule numération sanguine montre une hyperleucocytose à I2 000 globules blancs avec polynucléose neutrophile à 80%, la glycémie est de 3g par litre.

Le diagnostic d'abcès du poumon chez un diabètique est retenu et l'on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique

..../...

matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline, Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. Par la bouche on donne I,5g par jour de Terramycine, un comprimé de glucidoral 3 fois par jour.

Après trois semaines de traitement, un autre examen bactériologique des crachats est pratiqué, nous signalant la présence de Bacilles de Koch à l'examen direct, d'autre part, la culture sur milieu de Lowenstein faite le I4/3/66 est positive (présence de nombreuses colonies de B.K On poursuit le traitement précédent auquel on ajoute un traitement anti-tuberculeux avec Rimifon, P.A.S. et Streptomycine.

Après deux mois de traitement, l'image hydro-aérique disparait, faisant place à de petites bulles. La formule sanguine se normalise la glycémie est de I,80 g par litre, on arrête l'antibiothérapie non spécifique et on continue le traitement anti-tuberculeux.

L'examen bactériologique de contrôle nous signalant la présence de 20 Bacilles de Koch par I00 champs, on ajoute de l'Ethionamide. Une amélioration est constatée, mais le malade sort par évasion et ne répond pas aux convocations.

RESUME : Il s'agit donc d'un abcès du poumon révélateur d'une tuberculose pulmonaire chez un diabètique de 45 ans.

.../...

- C A S 2 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
I4.3.66	Image hydro-aérique du lobe inférieur droit (segment de Fowler)	Présence de pneumocoques dans les crachats ZN = BKO LJ en cours	Glycémie : 3g par litre I2 000 globules blancs avec neutrophilie à 80%	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 millions de Pénicilline Chloramphénicol soluble : Ig Terramycine : I,5g Glucidoral : I comprimé 3 fois par jour.
30.3.66	Légère amélioration	ZN = BK ⊖ LJ = BK ⊖ du I4.3.66	Glycémie : 2,20g par litre 9 000 globules blancs	Même traitement + Rimifon : 600 mg par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique : I2g par jour per o
I5.5.66	Disparition de l'abcès Apparition de petites bulles	ZN = BKO LJ = BKO	Glycémie : I,80g par litre	On arrête l'antibiothérapie non spécifique. On poursuit le traitement antituberculeux + glucidoral.
I9.5.67	Opacité hilaire droite	ZN = BK ⊖ LJ en cours	Glycémie : I,80g par litre Vitesse de sédimentation : 90 mm à la I° h II5 mm à la 2° h	On ajoute au traitement précédent 2 comprimés par jour d'Ethionamide
22.8.67	Légère amélioration	ZN = BKO LJ = O	Glycémie : 2g par litre	Le malade s'évade et ne répond pas aux convocations

- CAS 3 : S..... Mohamed, âgé de 48 ans, originaire d'ALGER, est hospitalisé le I3/5/I968 pour opacité du sommet droit.

Un mois avant son hospitalisation, le malade a présenté de la fièvre, de la toux et une vomique. A l'entrée, la température était de 39°, son haleine était fétide, il signalait des douleurs thoraciques droites, son état général était très altéré.

On note dans les antécédents du malade, un intervention chirurgicale en I965 pour ulcère gastrique.

La radiographie montre une opacité du sommet droit avec niveau hydro-aérique. On ne retrouve ni germes banaux dans les crachats, ni bacilles de Koch à l'examen direct, une culture sur milieu de Lowenstein est mise en train. On note par ailleurs une hyperleucocytose à I2 800 globules blancs avec une polynucléose neutrophile à 80%. La vitesse de sédimentation étant de I00 mm à la Ière heure et de I30 mm à la 2ème heure.

Le diagnostic d'abcès du poumon est retenu, un traitement comprenant de la Streptomycine à la dose de Ig par jour et I Million matin et soir de Pénicilline est prescrit. Ce traitement est poursuivi pendant 2 mois, une légère amélioration est constatée ; mais à cette période, le laboratoire nous adresse le résultat d'une culture sur milieu de Lowenstein datant du 24/5/68 nous signalant la présence de nombreuses colonies. Un traitement anti-tuberculeux est alors institué, comprenant

.../..

- C A S 3 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
I4.5.68	Opacité du sommet droit avec niveau hydro-aérique	ZN = BKO Absence de germes banaux dans les crachats LJ en cours	I2 800 globules blancs avec neutrophilie à 80%. Vitesse de sédimentation : I00 mm à la I° h I30mm à la 2° h Glycémie : 0,90g par litre	Streptomycine : Ig par jour en I.M. Pénicilline : I Million matin et soir en I.M.
24.6.68	Bonne amélioration	LJ = BK ⊕ mise en train le 24.5.68 antibiogramme en cours	8 500 globules blancs avec neutrophilie à 70%	Streptomycine : Ig par jour en I.M. Rimifon : 600 mg par jour per os P.A.S. Sodique granulés : I2g par jour
I0.8.68	Très bonne amélioration	ZN = BKO LJ du 24.6.68 = BKO	Vitesse de sédimentation : 20 mm à la I° h 35 mm à la 2° h	Streptomycine : Ig 2 fois par semaine Rimifon : 600 mg par jour P.A.S. Sodique : I2 g par jour.
I0.9.68	Image thoracique subnormale	ZN = BKO		Rimifon : 600 mg par jour P.A.S. Sodique : I2 g par jour Ethionamide : 2 comprimés par jour pendant six mois en ambulatoire

de la streptomycine, du Rimifon et du P.A.S. un antibiogramme est demandé, mais le malade n'attend pas les résultats et sort contre avis médical. Un traitement ambulatoire à base de Rimifon, de P.A.S. et d'Ethionamide lui est prescrit pendant six mois, délai après lequel il devait être contrôlé mais le malade est perdu de vue.

EN RESUME : Abcès du poumon révélant une tuberculose pulmonaire après un délai de I mois chez un homme de 48 ans.

- CAS 4 : T..... Lakhdar, âgé de 50 ans, originaire d'ALGER, sans profession, est hospitalisé le I6/5/68 pour pneumopathie. Deux mois avant son hospitalisation, il a présenté de la fièvre, de la toux et des douleurs thoraciques droites. A l'entrée, sa température était de 39°, il présentait de la toux, une haleine très fétide et un état général très altéré.

La radiographie pulmonaire de face et de profil montre une image hydro-aérique para-hilaire droite siègeant dans le segment de Fowler. On ne retrouve ni germes pathogènes banaux, ni Bacilles de Koch dans les crachats ; une culture sur milieu de Lowenstein est mise en train. La formule numération sanguine objective une hyperleucocytose à I7 000 globules blancs avec une neutrophilie à 85%. La vitesse de sédimentation étant de 78 mm à la Ière heure et de 98 mm à la 2ème heure. Le diagnostic d'abcès du poumon étant posé, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir, avec 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon ; par la bouche on donne I,5 g par jour d'Hexacycline.

.../...

Après un mois de traitement, l'état général du malade s'est amélioré, de même que son image radiologique. La formule numération sanguine s'est normalisée, de nouveaux examens bactériologiques dans les crachats sont demandés ; leurs résultats sont négatifs. Une deuxième culture est mise en train le 27/6/68.

On arrête l'antibiothérapie massive donnée par voie intra-veineuse, on prescrit I Million de Pénicilline matin et soir en intra-musculaire et I,5 g de Tifomycine par jour. Après deux mois de traitement, la culture demandée le 27/6/68 nous revient positive avec présence de nombreuses colonies. L'antibiothérapie non spécifique est alors remplacée par un traitement anti-tuberculeux composé de Rimifon, de Streptomycine et de P.A.S.

Les Tomographies du champ droit pratiquées à cette date nous montrent une importante cavité au niveau du foyer d'abcèdation. Après trois mois de traitement anti-tuberculeux, l'image thoracique est subnormale, on ne retrouve plus de Bacilles de Koch en culture sur milieu de Lowenstein, la vitesse de sédimentation est normale. Deux mois après le malade sort avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux. Un contrôle pratiqué six mois après sa sortie nous permet de noter une très bonne évolution.

EN CONCLUSION : Il s'agit d'un abcès du poumon suivi d'une tuberculose pulmonaire après un délai de deux mois chez un homme âgé de 50 ans.

.../...

- C A S 4 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
I7.5.68	Image Hydro-aérique du lobe inférieur (segment de Fowler droit)	ZN = BKO LJ en cours absence de germes pathogènes dans les crachats	I7 000 globules blancs avec neutrophilie à 85 %. Vitesse de sédimentation : 78 mm à la I° h 98 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline Chloramphénicol soluble : I g Hexacycline :I,5g par jour per os
27.6.68	Légère amélioration	ZN = BKO LJ en cours	I5 000 globules blancs Glycémie : Ig par litre	On arrête l'antibiothérapie intraveineuse. On prescrit : Pénicilline : I Million matin et soir en I.M. Tifomycine : I,5 g par jour.
I9.8.68	Les tomographies montrent une importante cavité au niveau du foyer d'abcèdation	ZN = O LJ du 27.6.68 BK ⊕	Vitesse de sédimentation : 25 mm à la I° h 35 mm à la 2° h	On arrête le traitement précédent, on prescrit : Rimifon :600 mg par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique granulés : I2g par jour
29.II.68	Image thoracique subnormale	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : 5 mm à la I° h I0 mm à la 2° h	Rimifon : 600 mg par jour Streptomycine :Ig 2 fois par semaine P.A.S. : I2 g par jou per os
29.I.69	Image thoracique subnormale	ZN = BKO LJ = BKO		Malade sortant avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeu de six mois : Rimifon + P.A.S.
20.5.70	Image thoracique identique	ZN = BKO LJ = BKO		On prescrit : Rimifon : 600 mg par jour pendant six mois

- CAS 5 : H..... Slimane, âgé de 60 ans, originaire de BORJ MENAIEL, sans profession, est hospitalisé le 23/I0/69 pour pneumopathie. 20 jours avant son admission, le malade a présenté une température élevée, de la toux, et une importante vomique. L'interrogatoire nous apprend que le malade a présenté un an auparavant un abcès du poumon droit pour lequel il a été hospitalisé à BENI-MESSOUS.

A l'entrée, le malade avait une température à 39° et une altération de l'état général. La radiographie pulmonaire montre une image hydro-aérique para-hilaire droite. Le pneumocoque est retrouvé dans les crachats, mais on note l'absence de Bacilles de Koch à l'examen direct ; une culture sur milieu de Lowenstein est mise en train. La formule numération sanguine indique une hyperleucocytose à 22 000 globules blancs avec neutrophilie à 85%, la vitesse de sédimentation étant de I25 mm à la Ière heure et de I50 mm à la 2ème heure. Le diagnostic d'abcès du poumon est retenu, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon ; on donne I,5g par jour de Terramycine par la bouche.

A la bronchoscopie, on voit au niveau de la partie inférieure de la bronche intermédiaire 3 petits bourgeons suspects qui peuvent être, soit des néoformations suspectes, soit des granulomes infectieux. On pratique une biopsie et une aspiration à ce niveau afin de rechercher les germes banaux, les Bacilles de Koch et les cellules malignes. Le laboratoire nous signale la présence de pneumocoques dans le liquide d'aspiratio bronchique, on ne retrouve pas de Bacilles de Koch à l'examen direct mais une deuxième culture sur milieu de Lowenstein est mise en train.

.../...

Après un mois de traitement, on note une très bonne amélioration radiologique. L'abcès a complètement disparu pour faire place à une cavité arrondie. Les résultats de la Ière culture sont négatifs, on ne retrouve pas de Bacilles de Koch à l'examen direct. L'antibiothérapie massive donnée par voie intra-veineuse est arrêtée, on prescrit I Million matin et soir de Pénicilline en intra-musculaire et I,5g de Terramycine par la bouche.

Le 30/I2/69 la 2ème culture sur milieu de Lowenstein datant du 24/II/69 est positive avec présence de nombreuses colonies.

Les Tomographies révèlent un épaississement de la scissure moyenne et la présence d'une petite cavité au niveau du plan postérieur. Le malade sort sur avis médical avec un traitement antibiotique non spécifique, ce Bacille de Koch étant considéré comme un "Bacille de Koch de sortie" par le médecin traitant.

EN RESUME : Il s'agit d'un abcès du poumon révélateur d'une tuberculose pulmonaire chez un homme de 60 ans.

- C A S 5 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
24.I0.69	Image hydro-aérique du lobe inférieur gauche (segment de Fowler)	ZN = BKO LJ en cours Présence de pneumocoques dans les crachats	22 000 globules blancs avec neutrophilie à 85% Vitesse de sédimentation : I25 mm à la I° h I50 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec: Pénicilline :5 Millions Chloramphénicol soluble : Ig Terramycine : I,5g par jour per os.
24.II.69	Disparition de l'abcès, il persiste une cavité arrondie à paroi très fine	ZN = BKO LJ = BKO Présence de pneumocoques dans le liquide d'aspiration bronchique LJ en cours	8 700 globules blancs avec neutrophilie à 74%. Glycémie : I,I0g par litre	Pénicilline : I Million matin et soir en intra-musculaire Terramycine :I,5g par jour per os.
30.I2.69	Tomographies montrent un épaississement de la scissure moyenne et une cavité postéro inférieure	ZN = BKO LJ = BK Φ	Vitesse de sédimentation : I5 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Pénicilline : I Million matin et soir Terramycine : I,5g par jour per os.

II - ASSOCIATION PNEUMOPATHIES AIGUES NON SUPPUREES ET TUBERCULOSE

A/ - Pneumopathies aigües bactériennes précédant ou révélant la tuberculose pulmonaire

---

II - L'ASSOCIATION PNEUMOPATHIES AIGUES NON SUPPUREES ET TUBERCULOSE

Après avoir présenté le groupe des abcès du poumon et de la tuberculose pulmonaire, nous étudierons le groupe des pneumopathies aigües bactériennes associées à la tuberculose.

Ce groupe étant composé de 3 sous groupes :

A/ - Les pneumopathies aigües bactériennes précédant ou révélant la tuberculose pulmonaire ;

B/ - Les pneumopathies aigües bactériennes au cours d'une tuberculose pulmonaire en traitement ;

C/ - Pneumopathie aigüe bactérienne et tuberculose pulmonaire révélées simultanément.

A/ - Pneumopathies aigües bactériennes précédant ou révélant la tuberculose pulmonaire

- CAS 6 : B..... Ahmed, étudiant, âgé de 2I ans, originaire d'ALGER, est hospitalisé le 25/3/69 pour Hémoptysie.

Le début de la maladie remonte à 2 mois avant son hospitalisation, il s'est manifesté par de la fièvre, de la toux, de l'asthénie et de l'anorexie. Le malade consulte un médecin qui lui prescrit une antibiothérapie non spécifique. Son état s'étant aggravé, il revient consulter à l'hôpital de BENI-MESSOUS, présentant à nouveau une température de 39°5, de la toux et une hémoptysie.

.../...

La radiographie pulmonaire montre une opacité para-hilaire gauche avec image cavitaire juxta-lésionnelle. On ne retrouve ni Bacilles de Koch dans les crachats ni germes banaux ; une culture sur milieu de Lowenstein est mise en train. Il existe une hyperleucocytose à I9 900 globules blancs avec neutrophilie à 68%. La vitesse de sédimentation étant de I20 mm à la Ière heure et de I60 mm à la 2ème heure.

A la bronchoscopie, la muqueuse de la bronche souche gauche est inflammée, on ne note aucune anomalie par ailleurs ; on pratique une aspiration afin de rechercher les germes banaux et les Bacilles de Koch. Le diagnostic de pneumopathie aigüe étant retenu, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. On donne I,5g de Terramycine par jour par la bouche.

Après un mois de traitement, on ne note aucune amélioration : l'image radiologique est sensiblement la même, l'hyperleucocytose persiste, la vitesse de sédimentation est accélérée.

Le staphylocoque pathogène est retrouvé dans l'aspiration bronchique, on note toujours l'absence de Bacilles de Koch. On ajoute au traitement précédent 2g par jour d'Oxacilline par la bouche : Après trois mois de traitement, une amélioration est constatée, mais une culture sur milieu de Lowenstein datant du 26/5/69 nous signale la présence de nombreuses colonies. L'antibiogramme pratiquée sur cette culture nous apprend la sensibilité des Bacilles de Koch à tous les antibiotiques anti-tuberculeux. On arrête l'antibiothérapie non spécifique

.../...

et on prescrit du Rimifon, du P.A.S. et de la Streptomycine. Après trois mois de traitement anti-tuberculeux, l'image thoracique est subnormale, les examens bactériologiques sont négatifs, la vitesse de sédimentation est normale. Le malade est sorti avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux, un contrôle pratiqué six mois après sa sortie nous permet de constater une évolution favorable.

EN CONCLUSION : Il s'agit d'une pneumopathie aigüe à staphylocoques, suivie après un délai de deux mois d'une tuberculose pulmonaire chez un jeune de 2I ans.

- C A S 6 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
27.3.69	Opacité homogène parahilaire gauche avec image cavitaire juxta lésionnelle	ZN = BKO LJ en cours Absence de germes pathogènes dans les crachats	I9 900 globules blancs avec neutrophilie à 68% Vitesse de sédimentation : I20mm à la I° h I60mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir Pénicilline :5 Millions Chloramphénicol : I g Terramycine :I,5g par jour per os
27.4.69	Légère amélioration faisant apparaitre une cavité hilaire gauche	Staphylocoques pathogènes dans l'aspiration bronchique ZN = BKO LJ = BKO	8 900 globules blancs Vitesse de sédimentation : 40 mm à la I° h 60 mm à la 2° h	Traitement précédent + Oxacilline : 2g par jour per os
I6.7.69	Bonne amélioration radiologique	ZN = BKO LJ du 26.5.69 BK ⊖ BK sensible à tous les antibiotiques		On arrête l'antibiothérapie non spécifique et on prescrit : Rimifon :600 mg par jour per os Streptomycine :Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique : I2g par jour per os
I3.I0.69	Image thoracique subnormale	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I3 mm à la I° h 28 mm à la 2° h	Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois : Rimifon : P.A.S.
I0.4.70	Image thoracique normale	ZN = BKO	Vitesse de sédimentation : I5 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	On prescrit du Rimifon pendant six mois.

- CAS 7 : M..... Amar, instituteur, âgé de I9 ans, originaire de CONSTANTINE, est hospitalisé le I4/II/66 pour opacité de la base droite.

Deux mois avant son admission, il a présenté de la fièvre, une toux sèche, de l'asthénie et de l'anorexie. N'ayant pas consulté de médecin, son état général s'est aggravé ; à l'entrée il présentait une température de 39°, de la toux, et une expectoration verdâtre.

La radiographie pulmonaire montre des lésions ulcéro-nodulaires de la base droite. On note la présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats, mais on ne retrouve pas de Bacilles de Koch ; une culture sur milieu de Lowenstein est mise en train. La formule sanguine montre une hyperleucocytose à I9 400 globules blancs avec neutrophilie à 78%. Le diagnostic de pneumopathie à staphylocoques est posé, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline, Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. On donne par la bouche 2g par jour d'Oxacilline.

Ce traitement est poursuivi pendant I mois, date à laquelle on constate une amélioration radiologique, mais l'hyperleucocytose persiste de même que le staphylocoque pathogène dans l'aspiration bronchique. La culture mise en train au départ étant négative, une deuxième culture est mise en train le 20/I/67.

Après 4 mois de traitement, on note une aggravation radiologique avec ensemencement des 2 bases, si l'on note l'absence de

.../...

staphylocoques dans les crachats, on retrouve par contre 500 Bacilles de Koch à l'examen direct des crachats et la culture du 20/I/67 est positive avec présence de nombreuses colonies. On arrête l'antibiothérapie non spécifique que l'on remplace par un traitement anti-tuberculeux composé de Rimifon, de Streptomycine et de P.A.S. Après 2 mois de traitement, on constate une bonne amélioration radiologique, les examens bactériologiques sont négatifs, la formule numération sanguine et la vitesse de sédimentation se sont normalisés. On poursuit ce traitement pendant six mois, un bilan pratiqué à cette date indique une image pulmonaire subnormale, une négativation des examens bactériologiques et une vitesse de sédimentation normale. Le malade sort avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux de six mois, délai après lequel il subit un contrôle montrant une bonne évolution.

EN RESUME : Il s'agit d'une pneumopathie ~~et~~ staphylococcique suivie 2 mois après d'une tuberculose pulmonaire.

- C A S 7 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
I6.II.66	Lésions ulcéro nodulaires de la base droite	ZN = BKO LJ en cours Présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats	I9 400 globules blancs avec neutrophilie à 78%. Vitesse de sédimentation : 50 mm à la I° h 70 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé- matin et soir avec : Pénicilline :5 Millions Chloramphénicol : Ig Oxacilline : 2g par jour per os.
I6.I2.66	Légère amélioration radiologique	ZN = BKO LJ en cours	I2 000 globules blancs Vitesse de sédimentation : 22 mm à la I° h 48 mm à la 2° h	On poursuit le même traitement
30.3.67	Aggravation radiologique avec infiltration massive des 2 bases	ZN = BK Ø LJ du 20.I.67 BK Ø		On arrête l'antibithérapie non spécifique, on prescrit Rimifon : 600 mg per os Streptomycine :Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique : I2g par jour per o
22.5.67	Bonne amélioration radiologique	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I0 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Même traitement à poursuivre pendant six mois.
25.II.67	Image thoracique subnormale	ZN = BKO LJ = BKO		Malade sortant avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois.
I0.4.68	Image pulmonaire normale	ZN = BKO		On prescrit 600 mg par jour de Rimifo pendant six mois.

- CAS 8 : L..... Hocine, âgé de 30 ans, agriculteur à MOSTAGANEM, est hospitalisé le 27/6/66 pour Hémoptysie. I mois avant son admission, il a présenté de la fièvre, de la toux, et une expectoration muco-purulente. Le malade n'ayant suivi aucun traitement se présente avec une température à 40°, des frissons, une expectoration jaunâtre et un état général très altéré.

La radiographie pulmonaire montre un infiltrat excavé du tiers moyen de la plage pulmonaire droite. On note la présence de pneumocoques dans les crachats, mais on ne retrouve pas de Bacilles de Koch, une culture est mise en train. Il existe une hyperleucocytose à I8 000 globules blancs avec polynucléose neutrophile à 85%, la vitesse de sédimentation étant de 80 mm à la Ière heure et de I30 mm à la 2ème heure. Le diagnostic de pneumopathie aigüe à pneumocoques étant retenu, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir, avec 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon, et par la bouche on donne 2g par jour d'Erythromycine. Ce traitement est poursuivi pendant I mois ; à cette date, on note une stabilisation des images radiologiques, le pneumocoque persiste dans l'aspiration bronchique. On ne retrouve pas de Bacilles de Koch dans les crachats, la culture pratiquée au départ est négative. Un bilan pratiqué après 3 mois de traitement non spécifique nous permet de constater, du point de vue radiologique la présence de nombreux nodules au niveau du champ droit. On retrouve alors 50 Bacilles de Koch par I00 champs dans les crachats, la culture faite le 28/7/66 estpositive avec présence de nombreuses

.../...

colonies.

On arrête l'antibiothérapie non spécifique que l'on remplace par un traitement anti-tuberculeux comprenant du Rimifon, du P.A.S. et de la Streptomycine. On poursuit ce traitement pendant 2 mois, l'image radiologique est considérablement améliorée, les examens bactériologiques sont négatifs, la vitesse de sédimentation s'est normalisée.

Le malade est sorti 3 mois après avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux. Un contrôle pratiqué six mois après sa sortie nous permet de constater la reversibilité des lésions, l'absence de Bacilles de Koch dans les crachats.

EN RESUME : Pneumopathie aigüe à pneumocoques révélatrice d'une tuberculose pulmonaire prouvée un mois après, chez un homme de 30 ans.

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
	Infiltrat excavé du tiers moyen de la plage pulmonaire droite	ZN = 0 LJ en cours = 0 présence de pneumocoques dans les crachats	I8 000 globules blancs avec neutrophilie à 85% Vitesse de sédimentation : 80 mm à la I° h I30 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé matin et soir avec : Pénicilline : 5 Millions Chloramphénicol : Ig Erythromycine : 2g par jour per os
I0.7.66	Image radiologique légèrement améliorée	ZN = BKO présence de pneumocoques dans l'aspiration bronchique	Vitesse de sédimentation : 50 mm à la I° h 70 mm à la 2° h	On poursuit le même traitement
28.9.66	Apparition de nombreux nodules	ZN = BK ⊕ LJ du 28.7.66 = BK ⊕	Vitesse de sédimentation : I07 mm à la I° h I20 mm à la 2° h	On arrête le traitement précédent : on prescrit : Rimifon : 6oo mg par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique : I2g par jour
26.II.66	Très bonne amélioration	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I0 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	On poursuit le traitement antituberculeux
28.2.67	Image thoracique subnormale	ZN = BKO LJ = BKO		Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois
20.7.67	Image pulmonaire de contrôle normale	ZN = 0	Vitesse de sédimentation : I5 mm à la I° h 28 mm à la 2° h	On prescrit 600 mg par jour de Rimifon pendant six mois

- CAS 9 : S..... Larbi, étudiant de I8 ans, originaire d'ALGER, est hospitalisé le 24/I0/68 pour pneumopathie de la base droite. Trois mois avant son admission il a présenté de la fièvre, de la toux et une expectoration jaunâtre. Il consulte un médecin qui lui prescrit des antibiotiques non spécifiques, son état s'étant aggravé, il revient consulter, présentant à nouveau une température à 39°, de la toux, une expectoration muco-purulente et des douleurs thoraciques droites. La radiographie pulmonaire montre une opacité homogène de la base droite, le staphylocoque pathogène est signalé dans les crachats mais on ne retrouve pas de Bacilles de Koch ; une culture sur milieu de Lowenstein est mise en train. On note une hyperleucocytose à I2 000 globules blancs avec une neutrophilie à 80%, la vitesse de sédimentation étant de 80 mm à la Ière heure et de I05 mm à la 2ème heure. Le diagnostic de pneumopathie staphylococcique est retenu, on prescrit 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir, 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. On donne par la bouche 2g par jour d'Oxacilline. Après un mois de traitement, l'image radiologique est sensiblement la même, les tomographies précisent que l'opacité siège dans le plan postérieur du lobe inférieur ainsi qu'une participation pleurale. Le staphylocoque persiste dans les crachats mais on ne retrouve pas de Bacilles de Koch.

On pratique une aspiration bronchique afin de rechercher le Bacille de Koch à l'examen direct et on pratique un ensemencement. Le traitement non spécifique est poursuivi pendant 3 mois, à cette date, la culture du 23/I/69 est positive, le laboratoire signale la présence

.../...

de colonies en nappes. On arrête l'antibiothérapie non spécifique et on prescrit un traitement anti-tuberculeux composé de Rimifon, de Streptomycine et de P.A.S. Un bilan pratiqué après 2 mois, objective une très bonne amélioration radiologique, il ne persiste que de petites cavités au niveau de la base droite. Une bronchographie lipiodolée précise qu'il s'agit de dilatations bronchiques kystiques situées au niveau de la bronche lobaire inférieure.

Les examens bactériologiques étant négatifs, la vitesse de sédimentation étant normale, le malade sort avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux ; convoqué six mois après pour un contrôle, le malade est perdu de vue.

EN RESUME : Staphylococcie pulmonaire précédant de 3 mois une tuberculose pulmonaire chez un jeune de I8 ans.

- C A S 9 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
29.I0.68	Opacité homogène de la base droite	ZN = BKO LJ en cours présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats	I2 000 globules blancs avec neutrophilie à 80% Vitesse de sédimentation : 80 mm à la I° h I05 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir Pénicilline : 5 Millions Chloramphénicol : Ig Oxacilline : 2g par jour per os
26.II.68	Les tomographies montrent que l'image est postérieure on note de plus une participation pleurale	ZN = BKO LJ en cours Présence de Staphylocoques pathogènes	I3 000 globules blancs avec neutrophilie à 75% Vitesse de sédimentation : 70 mm à la I° h I35 mm à la 2° h	Même traitement à poursuivre
24.2.69	Légère amélioration radiologique	LJ du 23.I.69 BK ⊕ sur aspiration bronchique		On arrête l'antibiothérapie non spécifique, on prescrit : Rimifon :600 mg par jour per os P.A.S. Sodique : I2g par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M.
I7.5.69	Très bonne amélioration il ne persiste plus que des séquelles bulleuses de la base droite	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I4 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Le malade est sortant avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois. Convoqué pour un contrôle, il est perdu de vue.

- CAS IO : S..... Salah, âgé de I8 ans, étudiant à TIZI-OUZOU, est adressé dans le service le I2/4/68 pour pneumopathie.

Deux mois avant son admission il a présenté de la fièvre, de la toux, anorexie et amaigrissement. Le malade n'ayant pas consulté de médecin se présente avec une température à 39°5, de la toux, une expectoration purulente, des douleurs thoraciques gauches. La radiographie pulmonaire montre un infiltrat excavé du sommet gauche et une opacité homogène axillaire droite. Le pyocyanique sensible à la tétracycline et au Chloramphénicol est retrouvé dans les crachats mais on note l'absence de Bacilles de Koch, un ensemencement sur milieu de Lowenstein est pratiqué. Il existe une hyperleucocytose à I5 200 globules blancs avec une neutrophilie à 87%. La vitesse de sédimentation étant de I02 mm à la Ière heure et de I24 mm à la 2ème heure. Le diagnostic de pneumopathie aigüe à pyocyaniques est posé, on prescrit 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir, 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. On donne I,5g par jour de Tétracycline par la bouche.

Après un mois de traitement, on ne note aucune amélioration radiologique, le pyocyanique persiste dans les crachats, on note une hyperleucocytose à 26 500 globules blancs, la culture mise en train au départ est négative. Le même traitement est poursuivi, des examens bactériologiques sont demandés périodiquement tous les mois ; une culture sur Lowenstein pratiquée le I3/6/68 nous signale la présence de nombreuses colonies. On arrête l'antibiothérapie non spécifique et on institue un traitement anti-tuberculeux à base de Rimifon, de P.A.S. et de Streptomycine.

.../...

Après 3 mois de traitement le bilan montre une très bonne amélioration radiologique, les examens bactériologiques sont négatifs, la vitesse de sédimentation est normale. Le malade sort I mois après avec des séquelles cavitaires du sommet gauche. Un traitement ambulatoire anti-tuberculeux est prescrit à la sortie. Le contrôle pratiqué six mois après ne montre que des séquelles cavitaires du sommet gauche, les bacilloscopies étant négatives.

EN RESUME : Pneumopathie aigüe à pyocyaniques suivie d'une tuberculose pulmonaire après un délai de 2 mois chez un jeune de I8 ans.

- C A S IO -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
I4.4.68	Infiltrat excavé du sommet gauche + Opacité homogène axillaire droite	ZN = BKO LJ en cours Présence de Pyocyaniques dans les crachats	I5 200 globules blancs avec neutrophilie à 87% Vitesse de sédimentation : I02 mm à la I° h I24 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique avec dans chaque flacon : Pénicilline : 5 Millions Chloramphénicol : I g Tétracycline :I,5g par jour per os
I4.5.68	Légère amélioration radiologique	ZN = BKO LJ du I4.4.68 = BKO Présence de Pyocyaniques dans les crachats	26 500 globules blancs avec neutrophilie à 80%	On poursuit le même traitement.
I.8.68	Pas d'amélioration radiologique	LJ du I3.6.68 BK ⊖	Vitesse de sédimentation : 50 mm à la I° h 85 mm à la 2° h	On arrête le traitement précédent, on prescrit: Rimifon :600 mg par jour per os P.A.S. Sodique : I2g par jour per os Streptomycine :Ig par jour en I.M.
I2.II.68	Très bonne amélioration radiologique	ZN = BKO LJ = BKO		Traitement précédent à poursuivre
I8.I2.68	Séquelles bulleuses du sommet gauche	ZN = BKO	Vitesse de sédimentation : I5 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Sortant avec Rimifon et P.A.S. en traitement ambulatoire. Contrôle dans 6 mois
5.5.69	Séquelles fibreuses du sommet gauche	ZN = BKO		On prescrit du Rimifon en ambulatoire pendant six mois.

- CAS II : B..... Mohamed, âgé de I7 ans, originaire de CONSTANTINE est hospitalisé le 2/I0/67 pour pneumopathie. Un mois avant son admission, il a présenté de la fièvre, une toux sèche. A l'entrée son état général était altéré, sa température était à 39°5, il toussait, la toux ramenait une expectoration purulente, et était dyspnéique. La radiographie pulmonaire montre une opacité hétérogène de la base droite avec nombreuses cavités au niveau des 2 champs pulmonaires. Le laboratoire signale la présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats, sensibles à la Kanamycine, au Chloramphénicol et à la Tétracycline. On ne retrouve pas de Bacilles de Koch à l'examen direct, un ensemencement sur Lowenstein est pratiqué. Il existe une hyperleucocytose à I8 000 globules blancs et une neutrophilie à 80%. La vitesse de sédimentation étant de I02 mm à la Ière heure et de I25 mm à la 2ème heure. Le diagnostic de staphylococcie pulmonaire est porté, on prescrit 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. On donne I,5g par jour de Tétracycline par la bouche. Un bilan pratiqué 3 mois après montre une légère amélioration radiologique mais apparition de petits nodules.

Les examens bactériologiques étant négatifs, on pratique un deuxième ensemencement sur milieu de Lowenstein et on poursuit l'antibiothérapie non spécifique. Un mois après une culture datant du 6/I/68 nous est adressée par le laboratoire signalant la présence de colonies en nappes. On prescrit un traitement anti-tuberculeux comprenant du Rimifon, du P.A.S. et de la Streptomycine. Deux mois après on constate

.../...

une très bonne amélioration radiologique, il ne persiste que des images aérolaires au niveau de la base droite, une bronchographie lipiodolée précise qu'il s'agit de dilatations kystiques de la bronche lobaire inférieure droite. Le malade sort contre avis médical avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux, convoqué pour un contrôle six mois après, il est perdu de vue.

EN RESUME : Pneumopathie aigüe staphylococcique suivie trois mois après d'une tuberculose pulmonaire chez un jeune de I7 ans.

- C A S II -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
5.I0.67	Opacité hétérogène de la base droite avec nombreuses cavités au niveau des 2 champs pulmonaires	ZN = BKO LJ = BKO Présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats	I8 000 globules blancs avec neutrophilie à 80% Vitesse de sédimentation : I02 mm à la I° h I25 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec Pénicilline :5 Millions Chloramphénicol : Ig Tétracycline :I,5g par jour
6.I.68	Apparition de nombreux nodules au niveau des 2 champs pulmonaires	ZN = BKO LJ = BKO du 5.I0.67 LJ en cours		On poursuit le même traitement
6.I.68	Légère amélioration radiologique	ZN = BKO LJ du 6.I.68 = BK Φ	Vitesse de sédimentation : I5 mm à la I° h 35 mm à la 2° h	On arrête le traitement précédent, on prescrit : Rimifon : 600 mg par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M. P.A.S. I2 g par jour per os.
I0.5.68	Image pulmonaire subnormale. Il ne persiste que des images aérolaires de la base droite. La bronchographie précise des dilatations kystiques de la bronche lobaire inférieure gauche	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I3 mm à la I° h 26 mm à la 2° h	Le malade sort avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux Convoqué six mois après, il est perdu de vue.

CAS I2 : D..... Boualem, âgé de 20 ans, étudiant à ALGER, est adressé dans le service le 3/I/67 pour pneumopathie de la base gauche. Le début de la maladie remonte à 2 mois avant son admission, il a été marqué par de la fièvre, des douleurs thoraciques et un amaigrissement. Le malade consulte un médecin qui lui prescrit pendant 20 jours une antibiothérapie non spécifique. Son état général allait en s'altérant, il est hospitalisé avec le tableau suivant :

Une température à 39°, des frissons, de la toux avec expectoration muco-purulente, et de la dyspnée. La radiographie pulmonaire montre une opacité en bande large au niveau du tiers moyen du champ gauche. Le laboratoire signale la présence de pneumocoques dans les crachats, mais on ne retrouve pas de Bacilles de Koch ; un ensemencement sur milieu de Lowenstein est pratiqué. On note une leucocytose à II 500 globules blancs avec neutrophilie à 68%. Le diagnostic de pneumopathie aigüe à pneumocoques est envisagé, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble dans chaque flacon. On donne par la bouche 2g par jour d'Erythromycine. Ce traitement est poursuivi pendant I mois, aucune amélioration radiologique n'est constatée, bien plus, on note une réaction pleurale au niveau de la base gauche. On pratique une broncho-aspiration dans laquelle on retrouve du pneumocoque. La culture ensemencée au départ est négative. La ponction pleurale ramène un liquide sobrofibrineux contenant 42g d'albumine par litre et une polynucléose neutrophile à 80%.

.../...

Après 3 mois de traitement antibiotique non spécifique, on note une très bonne amélioration radiologique de l'épanchement pleural, mais de petits nodules apparaissent. Une culture mise en train le I8/3/67 nous signale la présence de nombreuses colonies. On arrête l'antibiothérapie non spécifique et on prescrit un traitement anti-tuberculeux composé de Rimifon, de Streptomycine et de P.A.S. Un bilan pratiqué I mois après montre une bonne amélioration radiologique et des résultats bactériologiques négatifs.

Le malade sort sur sa demande avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux de 3 mois. Un contrôle effectué à cette date nous permet de constater une très bonne évolution.

EN RESUME : Il s'agit d'une pleuro-pneumopathie aigüe révélant après un délai de trois mois une tuberculose pulmonaire chez un jeune de 20 ans.

- C A S I2 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
6.I.67	Opacité en bande de large du tiers moyen du champ pulmonaire gauche	ZN = BKO LJ en cours Présence de Pneumocoques dans les crachats	II 500 globules blancs avec neutrophilie à 68%. Vitesse de sédimentation : 80 mm à la I° h I30 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé isotonique matin et soir avec : Pénicilline : 5 Millions Chloramphénicol : Ig Erhtyromycine : 2g par jour per os
25.2.67	Persistance de l'opacité + réaction pleurale de la base gauche	ZN = BKO LJ du 6.I.67 = BKO présence de pneumocoques dans l'aspiration bronchique	Vitesse de sédimentation : 60 mm à la I° h 85 mm à la 2° h	Même traitement à poursuivre
20.3.67	L'épanchement pleural devient plus important	ZN = BKO LJ en cours Absence de germes pathogènes dans le liquide pleural	Présence dans le liquide pleural de 42g d'albumine, 80% de Polynucléaires, IO % de Lymphocytes	Même traitement
3.5.67	Assèchement pleural mais apparition de nodules dans tout le champ gauche	ZN = BKO LJ du 20.3.67 = BK ⊕		On arrête l'antibiothérapie non spécifique et on prescrit : Rimifon :600 mg par jour per os P.A.S. I2g par jour Streptomycine :Ig par jour
30.6.67	Image thoracique subnormale	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : IO mm à la I° h 22 mm à la 2° h	Malade sortant avec traitement ambulatoire antituberculeux
3.I2.67	Image thoracique normale	ZN = BKO		Rimifon en ambulatoire pendant six mois à la dose de 600 mg par jour

B) - PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES AU COURS D'UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE EN TRAITEMENT

Après avoir présenté le sous groupe des pneumopathies révélant une tuberculose pulmonaire, nous allons étudier les cas de pneumopathies compliquant une tuberculose pulmonaire en traitement.

Ce sous groupe comprend 3 observations :

- CAS I3 : A..... Mohamed, âgé de 23 ans, originaire de SETIF, est hospitalisé le 5/2/68 pour opacité du sommet droit. 20 jours avant son admission il a présenté une fièvre vespérale, une toux sèche, de l'asthénie et de l'anorexie. La radiographie pulmonaire montre un infiltrat excavé du sommet droit, on retrouve 300 Bacilles de Koch par I00 champs à l'examen direct. La vitesse de sédimentation est de 85 mm à la Ière heure et de I30 mm à la 2ème heure. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire étant confirmé par le laboratoire, on prescrit du Rimifon, de la Streptomycine et du P.A.S. A l'occasion d'un clocher thermique on pratique un examen bactériologique des crachats et l'on retrouve du staphylocoque pathogène, la radiographie pulmonaire montre une opacité homogène au niveau de la base gauche. On ajoute au traitement précédent de l'Oxacilline à raison de 2g par jour par la bouche.

Après 3 mois de traitement on note une très bonne amélioration radiologique, les examens bactériologiques sont négatifs. Le malade sort 3 mois plus tard avec une image bulleuse du sommet droit, un traitement ambulatoire anti-tuberculeux de 6 mois lui est prescrit ; convoqué six mois après sa sortie pour un contrôle le malade est perdu de vue.

EN RESUME : Tuberculose pulmonaire du sommet droit suivie d'une surinfection staphylococcique trois mois plus tard.

.../..

- C A S I3 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
7.2.68	Infiltrat excavé du sommet droit	ZN = BK ⊖ LJ en cours	8 700 globules blancs Vitesse de sédimentation : 85 mm à la I° h I30 mm à la 2° h	Rimifon : 600 mg par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique : I2g par jour per os
24.3.68	Apparition d'une opacité basale gauche	Staphylocoques pathogènes dans les crachats	I5 700 globules blancs avec neutrophilie à 82 %	Même traitement + Oxacilline : 2g par jour per os
24.5.68	Très bonne amélioration radiologique	LJ du 7.2.68 = BK ⊖	Vitesse de sédimentation : 30 mm à la I° h 45 mm à la 2° h	On poursuit le même traitement
I5.8.68	Séquelles bulleuses du sommet droit	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I5 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois. Convoqué pour un contrôle, il est perdu de vue.

- CAS I4 : M..... Mohamed, âgé de 28 ans, instituteur à ALGER est hospitalisé le 2/2/70 pour image pulmonaire suspecte. Trois mois avant son admission, il a présenté une fièvre vespérale, des sueurs nocturnes, de l'anorexie et de l'asthénie. A l'entrée son état général est très altéré, la radiographie pulmonaire montre un infiltrat excavé du sommet gauche. On trouve dans l'expectoration 2 000 Bacilles de Koch par I00 champs, la vitesse de sédimentation étant de 90 mm à la Ière heure et de I30 mm à la 2ème heure. On prescrit donc un traitement anti-tuberculeux comprenant du Rimifon, de la Streptomycine et du P.A.S. Après un mois de traitement, la courbe thermique signale des oscillations avec des clochers à 39° . On fait une analyse bactériologique des crachats et on retrouve du pneumocoque. La formule numération sanguine montre une hyperleucocytose à I4 500 globules blancs avec neutrophilie à 85 %, la radiographie pulmonaire indique une légère amélioration à gauche, mais on note l'apparition d'un infiltrat axillaire droit. On prescrit alors I Million de Pénicilline matin et soir en intra-musculaire et I,5g par jour de Terramycine par la bouche.

Après 2 mois de traitement, on note une très bonne amélioration radiologique et une négativation des examens bactériologiques ; la vitesse de sédimentation étant normale, le malade sort avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux de six mois. Après ce délai on pratique un bilan pulmonaire qui nous montre l'évolution de la maladie vers la guérison.

EN RESUME : Tuberculose pulmonaire ; surinfection un mois après par du pneumocoque, chez un homme de 28 ans.

- C A S I4 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
4.2.70	Infiltrat excavé du sommet gauche	ZN = BK ⊕ LJ en cours	8 500 globules blancs Vitesse de sédimentation : 90 mm à la I° h I30 mm à la 2° h	Rimifon : 600 mg par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M. P.A.S. : I2 g par jour per os
5.3.70	Légère amélioration à gauche, mais apparition d'un infiltrat axillaire droit	ZN = BKO LJ du 4.2.70 = BK ⊕ Présence de pneumocoques dans les crachats	I4 500 globules blancs avec neutrophilie à 85% Vitesse de sédimentation : 80 mm à la I° h I20 mm à la 2° h	On poursuit le traitement précédent et on ajoute : Pénicilline : I Million matin et soir en I.M. Terramycine : I,5g par jour per os
4.5.70	Très bonne amélioration radiologique	ZN = BKO LJ du 5.3.70 = BKO	9 500 globules blancs	On poursuit le traitement antituberculeux seul
4.7.70	Image thoracique subnormale	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I0 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Sortant avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois

- CAS I5 : K..... Belkacem, âgé de 26 ans, originaire du TITTERI, est hospitalisé le 20/I/I970 pour image pulmonaire suspecte. Quatre mois avant son admission, le malade a présenté une fièvre vespérale, de la toux, et une expectoration muqueuse. A l'entrée, il présentait une température à 38°, de la toux et une altération de l'état général. La radiographie pulmonaire montre un infiltrat du sommet gauche. On trouve I0 Bacilles de Koch par I00 champs dans les crachats, la vitesse de sédimentation étant de 80 mm à la Ière heure et de I30 mm à la 2ème heure. On institue un traitement anti-tuberculeux composé de Rimifon, de P.A.S. et de Streptomycine.

Après un mois de traitement, le malade présente des clochers thermiques. Un examen bactériologique des crachats nous signale la présence de staphylocoques pathogènes. On note d'autre part une hyperleucocytose à I3 500 globules blancs avec neutrophilie à 75%. La radiographie pulmonaire nous montre une extension de l'infiltrat à tout le champ gauche.

On ajoute au traitement précédent 2g par jour d'Oxacilline.

Un bilan pratiqué un mois après ne montre guère d'amélioration, tant du point de vue bactériologique (persistance du staphylocoque pathogène dans les crachats) que radiologique (image pulmonaire stable).

.../...

L'adjonction d'Erythromycine à la dose de 2g par jour par la bouche amène 2 mois après une très bonne amélioration : les examens bactériologiques se sont négativés, la vitesse de sédimentation est normale, l'image thoracique est subnormale.

Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois, date à laquelle il doit subir un contrôle pulmonaire.

EN RESUME : Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire ; surinfection un mois après par du staphylocoque chez un homme de 26 ans.

- C A S I5 -

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
2I.I.70	Infiltrat du sommet gauche	ZN = BK ⊕ LJ en cours	8 500 globules blancs avec neutrophilie à 65% Vitesse de sédimentation : 80 mm à la I° h I30 mm à la 2° h	Rimifon :600 mg par jour per os Streptomycine :Ig par jour en I.M. P.A.S. I2g par jour per os
20.2.70	Extension de l'infiltrat à tout le champ gauche	ZN = BKO LJ du 2I.I.70 = BK ⊕ Staphylocoques pathogènes dans les crachats	I3 500 globules blancs avec neutrophilie à 75% Vitesse de sédimentation : 75 mm à la I° h II0 mm à la 2° h	On poursuit le traitement antituberculeux et on ajoute : Oxacilline : 2g par jour per os.
20.3.70	Aucune amélioration radiologique	ZN = BKO Staphylocoques pathogènes dans les crachats	I2 000 globules blancs avec neutrophilie à 70%	Même traitement auquel on ajoute : Erythromycine : 2g par jour per os
I5.5.70	Image thoracique améliorée, mais il persiste quelques nodules au niveau du champ gauche	ZN = BKO LJ du 20.3.70 = BKO	Vitesse de sédimentation : I0 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Malade sortant sur sa demande avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois, date à laquelle il est co voqué pour un contrôle.

C) - PNEUMOPATHIE AIGUE BACTERIENNE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE REVELEES SIMULTANEMENT :

C/ - PNEUMOPATHIE AIGUE BACTERIENNE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE REVELEES SIMULTANEMENT :

Le troisième sous groupe concerne les pneumopathies aigües bactériennes se développant en même temps que la tuberculose pulmonaire. Ce sous groupe est composé de 5 cas :

- CAS I6 : H..... Abdellatif, âgé de 22 ans, est hospitalisé l 2/3/67 pour opacité du sommet gauche. Un mois avant son admission, il a présenté de la fièvre, de la toux et une expectoration muco-purulente. A l'entrée, son état général est très altéré, sa température est de 40°, il présente des frissons, de la dyspnée. La radiographie pulmonaire montre des lésions ulcéro-caséeuses du sommet gauche. On retrouve 500 Bacilles de Koch par I00 champs dans les crachats et du staphylocoque pathogène. Il existe une hyperleucocytose à I8 000 globules blancs avec neutrophilie à 85%. L'état général du malade étant très altéré, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline et Ig de Chloramphénicol soluble, 2g de Flabelline dans chaque flacon. Le traitement anti-tuberculeux comprend du Rimifon, de la Streptomycine et du P.A.S.

Ce traitement est poursuivi pendant 2 mois, l'image radiologique est stable, on retrouve de nouveau les Bacilles de Koch et les staphylocoques pathogènes dans les crachats, ne pouvant obtenir d'antibiogramme, on remplace la Streptomycine par la Kanamycine et on ajoute de l'Ethionamide. Ce traitement adapté donne après 3 mois, une

.../...

très bonne amélioration radiologique et bactériologique. On arrête l'antibiothérapie non spécifique et on poursuit le traitement anti-tuberculeux. Un bilan pulmonaire nous permet de constater qu'il ne persiste plus que des séquelles au niveau du champ gauche. La bronchographie lipiodolée précise qu'il s'agit de dilatations bronchiques kystiques diffuses. Les examens bactériologiques étant négatifs, le malade est sortant avec un traitement ambulatoire anti-tuberculeux. On convoque le malade 6 mois après pour un contrôle, on constate une très bonne évolution.

EN RESUME : Tuberculose pulmonaire et staphylococcie pulmonaire simultanée chez un jeune de 22 ans.

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
4.3.67	Lésions ulcéro caséeuses du sommet gauche	ZN = BK ⊕ LJ en cours Présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats	I8 000 globules blancs avec neutrophilie à 85% Vitesse de sédimentation : 45 mm à la I° h 74 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec Pénicilline : 5 Millions Chloramphénicol :Ig Flabelline :2g + Rimifon : 600 mg pa jour per os Streptomycine :Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique granulés : I2g par jou
I3.5.67	Aucune amélioration radiologique	ZN = BK ⊕ Staphylocoques pathogènes dans les crachats	Vitesse de sédimentation : 45 mm à la I° h 80 mm à la 2° h	On remplace la Streptomycine par la Kanamycine et on ajoute 2 comprimés par jour d'Ethionamide
I9.8.67	Bonne amélioration	ZN = BKO LJ = BKO		Traitement à continuer, on arrête les antibiotiques non spécifiques
I3.II.67	Il ne persiste que des images bulleuses	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : I2 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	On continue le même traitement
9.I.68	Dilatations bronchiques kystiques au niveau de tout le champ gauche	ZN = BKO LJ = BKO		Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois
I0.6.68	Séquelles fibreuses du champ gauche	ZN = BKO		Traitement antituberculeux ambulatoire à poursuivre pendant six mois

- CAS I7 : A..... Mohamed, âgé de 70 ans, originaire d'ALGER, est hospitalisé le I5/II/67 pour opacité du champ pulmonaire gauche. I mois avant son admission, il a présenté de la fièvre, de la toux et des douleurs thoraciques gauches. A l'entrée, sa température est à 38°, la toux persiste et ramène une expectoration muco-purulente.

La radiographie montre une opacité hétérogène de tout l'hémitax gauche. A la bronchoscopie, on voit sur le tronc intermédiaire de l'arbre bronchique gauche de gros bourgeons hémorragiques, on pratique une aspiration afin de rechercher les Bacilles de Koch, les germes banaux et les cellules malignes, et une biopsie bronchique. Le laboratoire nous signale la présence de 500 Bacilles de Koch par I00 champs et de staphylocoques pathogènes. Il existe une hyperleucocytose à I7 800 globules blancs avec neutrophilie à 8I%. La vitesse de sédimentation étant de I08 mm à la Ière heure et de I40 mm à la 2ème heure. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire surinfectée par du staphylocoque est posé, on prescrit un traitement anti-tuberculeux comprenant du Rimifon, de la Streptomycine et du P.A.S. et on ajoute 2g par jour d'Oxacilline par la bouche. Ce traitement est poursuivi pendant I mois, date à laquelle on réalise un bilan : on constatera une fixité de l'image radiologique, une culture mise en train au départ nous signale la présence de nombreuses colonies. Il persiste toujours du staphylocoque dans les crachats. La biopsie de la tumeur bronchique précise qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde, on prescrit alors de l'endoxan à raison de I00 mg par jour et 2g d'Erythromycine par jour par la bouche. Un deuxième bilan pratiqué 2 mois après montre une très bonne amélioration tant radiologique, clinique que bactériologique.

.../...

L'antibiothérapie non spécifique est interrompue ; on poursuit le traitement anti-tuberculeux pendant 3 mois et on fait sortir le malade avec un traitement ambulatoire de six mois, date à laquelle on le convoque pour un contrôle. 2 mois après sa sortie, le malade revient en très mauvais état général, dyspneique et cyanosé. La radiographie pulmonaire montre une opacité rétractile de la base gauche. A la bronchoscopie on voit une formation tumorale au niveau de la bronche intermédiaire gauche, le malade est décédé IO jours plus tard.

EN RESUME : Il s'agit d'un homme âgé de 70 ans ayant présenté un cancer bronchique sur lequel se sont greffées une tuberculose et une staphylococcie pulmonaire.

- CAS I8 : O..... Mohamed, âgé de I5 ans, est hospitalisé le 4/II/69 pour opacité hétérogène du sommet gauche. I mois avant son admission, il a présenté de la toux, des crachats hémoptoïques, de l'asthénie et de l'anorexie. A l'entrée, l'état général du malade est altéré, sa température est à 39°, il présente de la toux avec expectoration jaunâtre. La radiographie pulmonaire montre un infiltrat du champ moyen gauche. On retrouve dans les crachats 500 Bacilles de Koch par I00 champs et des staphylocoques pathogènes. On note une hyperleucocytose à I3 500 globules blancs avec neutrophilie à 80%. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est posé, l'état général du malade étant altéré, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline, Ig de Chloramphénicol soluble et 2g de Flabelline dans chaque flacon. Le traitement anti-tuberculeux comprend du Rimifon, de la Streptomycine et du P.A.S. Après I mois de traitement on note une légère amélioration radiologique, le laboratoire nous signale la présence de staphylocoque pathogène sensible à la Flabelline, l'Erythromycine et on poursuit le traitement précédent, un deuxième bilan montre une très bonne amélioration radiologique, on ne retrouve plus de germes dans les crachats, l'état général s'est amélioré. Le malade sort I mois plus tard, son image thoracique étant subnormale, la vitesse de sédimentation étant de 5 mm à la Ière heure et de I2 mm à la 2ème heure. Un traitement ambulatoire anti-tuberculeux de six mois lui est prescrit, convoqué 3 mois plus tard, le malade est perdu de vue.

EN RESUME : Tuberculose et staphylococcie pulmonaire simultanées chez un jeune de I5 ans.

- CAS I8 : O..... Mohamed, âgé de I5 ans, est hospitalisé le 4/II/69 pour opacité hétérogène du sommet gauche. I mois avant son admission, il a présenté de la toux, des crachats hémoptoïques, de l'asthénie et de l'anorexie. A l'entrée, l'état général du malade est altéré, sa température est à 39°, il présente de la toux avec expectoration jaunâtre. La radiographie pulmonaire montre un infiltrat du champ moyen gauche. On retrouve dans les crachats 500 Bacilles de Koch par I00 champs et des staphylocoques pathogènes. On note une hyperleucocytose à I3 500 globules blancs avec neutrophilie à 80%. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est posé, l'état général du malade étant altéré, on prescrit une perfusion de 500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir avec 5 Millions de Pénicilline, Ig de Chloramphénicol soluble et 2g de Flabelline dans chaque flacon. Le traitement anti-tuberculeux comprend du Rimifon, de la Streptomycine et du P.A.S. Après I mois de traitement on note une légère amélioration radiologique, le laboratoire nous signale la présence de staphylocoque pathogène sensible à la Flabelline, l'Erythromycine et on poursuit le traitement précédent, un deuxième bilan montre une très bonne amélioration radiologique, on ne retrouve plus de germes dans les crachats, l'état général s'est amélioré. Le malade sort I mois plus tard, son image thoracique étant subnormale, la vitesse de sédimentation étant de 5 mm à la Ière heure et de I2 mm à la 2ème heure. Un traitement ambulatoire anti-tuberculeux de six mois lui est prescrit, convoqué 3 mois plus tard, le malade est perdu de vue.

EN RESUME : Tuberculose et staphylococcie pulmonaire simultanées chez un jeune de I5 ans.

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
8.II.69	Infiltrat du champ moyen gauche	ZN = BK ⊕ LJ en cours présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats	I3 500 globules blancs avec neutrophilie à 80%. Vitesse de sédimentation : 35 mm à la I° h 73 mm à la 2° h	500 cc de sérum glucosé-isotonique matin et soir Pénicilline :5 Millions Chloramphénicol :Ig Flabelline :2g Rimifon :600 mg par jour per os Streptomycine :Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique granulés : I2g par jour per os
26.I2.69	Légère amélioration radiologique	Présence de staphylocoques sensibles à la Terramycine, l'Erythromycine et la Flabelline	Glycémie : Ig par litre I2 500 globules blancs	Même traitement auquel on ajoute de l'Erythromycine à raison de 2g par jour per os
8.2.70	Très bonne amélioration	ZN = BKO LJ = BKO	8 500 globules blancs Vitesse de sédimentation : 22mm à la I° h 52mm à la 2° h	On arrête l'antibiothérapie non spécifique et on poursuit le traitement antituberculeux.
I0.3.70	Image thoracique subnormale	ZN = BKO	Vitesse de sédimentation : 5 mm à la I° h I2 mm à la 2° h	Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois, il subira à cette date un contrôle.

- CAS I9 : O..... Khaled, âgé de 26 ans, originaire de CONSTANTINE, est hospitalisé le 23/2/70 pour hémoptysie. 8 jours avant son admission, il a présenté brutalement une hémoptysie. A l'entrée sa température est à 38°, il présente de la toux et des crachats hémoptoïques. Son état général est conservé. La radiographie pulmonaire montre un infiltrat du sommet droit et de nombreux nodules diffus dans tout le champ gauche. On retrouve 300 Bacilles de Koch par I00 champs dans les crachats et du staphylocoque pathogène. L'hyperleucocytose est de II 400 globules blancs avec neutrophilie à 84%. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire étant confirmé on prescrit un traitement anti-tuberculeux à base de Rimifon, de Streptomycine et de P.A.S., de la Pénicilline à raison de I Million matin et soir en intramusculaire et 2g d'Erythromycine par jour par la bouche. Ce traitement est poursuivi pendant 2 mois, on pratique un bilan qui montre une bonne amélioration radiologique, il persiste cependant 9 Bacilles de Koch par I00 champs à l'examen direct des crachats. On maintien le même traitement pendant 2 mois, un deuxième bilan montre une image pulmonaire subnormale. Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois, date à laquelle il est convoqué pour un contrôl

EN RESUME : Tuberculose et staphylococcie pulmonaire simultanées chez un homme de 26 ans.

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
27.2.70	Infiltrat du sommet droit + nombreux nodules dans le champ gauche	ZN = BK ⊖ LJ en cours Présence de staphylocoques pathogènes dans les crachats	II 400 globules blancs avec neutrophilie à 84% Glycémie : Ig par litre Vitesse de sédimentation : I06 mm à la I° h I29 mm à la 2° h	Rimifon : 600 mg par jour per os Streptomycine : Ig par jour en I.M P.A.S. Sodique granulés : I2g par jour Pénicilline : I Million matin et soir en I.M. Erythromycine : 2g par jour per os
27.4.70	Bonne amélioration radiologique	ZN = BK ⊖ LJ du 27.2.70 = BK⊖	I0 500 globules blancs	Même traitement à poursuivre
20.6.70	Amélioration encore	ZN = BK0 LJ = BK0	Vitesse de sédimentation : I0 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	Le malade sort avec un traitement ambulatoire antituberculeux de six mois et est convoqué à cette date pour un contrôle

- CAS 20 : D..... Mekki, âgé de 30 ans, originaire de SETIF, est hospitalisé le 9/5/67 pour pneumopathie droite. I5 jours environ avant son admission, il a présenté de la fièvre, de la toux, des crachats hémoptoïques et des douleurs thoraciques droites. A l'entrée, les symptomes précédents subsistent mais sa température est à 38°5 et son état général est altéré. La radiographie pulmonaire montre une infiltration bronchopneumonique de tout le champ droit. Le laboratoire nous signale la présence de 600 Bacilles de Koch par I00 champs à l'examen direct, et de staphylocoques pathogènes. La formule leucocytaire est normale, la vitesse de sédimentation est de 62 mm à la Ière heure et de 86 mm à la 2ème heure. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est porté, on prescrit un traitement anti-tuberculeux comprenant du Rimifon, de la Streptomycine et du P.A.S. de la Pénicilline à raison de I Million matin et soir en intramusculaire et 2g d'Oxacilline par jour par la bouche.

Ce traitement est poursuivi pendant 3 mois, à cette date on ne constate guère d'amélioration. La radiographie pulmonaire est sensiblement la même, on retrouve 30 Bacilles de Koch par I00 champs et du staphylocoque pathogène. On donne 2g par jour d'Erythromycine par la bouche et on maintient le traitement précédent. Un deuxième bilan pratiqué 3 mois après montre une très bonne amélioration radiologique, une négativation des examens bactériologiques et une normalisation de la vitesse de sédimentation. On arrête l'antibiothérapie non spécifique, on poursuit le traitement anti-tuberculeux, le malade sort 3 mois plus tard avec des séquelles fibreuses du sommet droit. A la sortie on lui prescrit un traitement anti-tuberculeux ambulatoire de six mois ; un contrôle pratiqué à cette date montre une très bonne évolution.

EN RESUME : Tuberculose et staphylococcie pulmonaire simultanées chez un homme de 30 ans.

Date	Radiographie	Bactériologie	Biologie	Traitement
II.5.67	Infiltration broncho-pneumonique de tout le champ pulmonaire droit	ZN = BK ⊕ LJ en cours Présence de Staphylocoques pathogènes dans les crachats	7 600 globules blancs Glycémie : I,20g par litre Vitesse de sédimentation : 62 mm à la I° h 86 mm à la 2° h	Rimifon :600 mg par jour per os Streptomycine :Ig par jour en I.M. P.A.S. Sodique granulés : I2g par jour Pénicilline : I Million matin et soir en I.M. Oxacilline : 2g par jour per os
2.8.67	Très discrète amélioration radiologique	ZN = BK ⊕ LJ du II.5.67 = BK ⊕	8 500 globules blancs Vitesse de sédimentation : 23 mm à la I°h 60 mm à la 2°h	On poursuit le même traitement auquel on ajoute de l'Erythromycine à raison de 2g par jour per os
26.IO.67	Très bonne amélioration radiologique	ZN = BKO LJ = BKO	Vitesse de sédimentation : 6 mm à la I° h I4 mm à la 2° h	On arrête l'antibiothérapie non spécifique, on poursuit le traitement antituberculeux
26.I.68	Séquelles fibreuses du sommet droit	ZN = BKO LJ = BKO		Sortant avec : Rimifon : 600 mg par jour per os P.A.S. Sodique granulés : I2g par jour A revoir six mois après
26.I.68	Séquelles fibreuses du sommet droit	ZN = BKO	Vitesse de sédimentation : I2 mm à la I° h 25 mm à la 2° h	On prescrit 600 mg par jour de Rimifon pendant 6 mois en ambulatoire

- CHAPITRE III - COMMENTAIRES -

A/ - Méthode de travail

B/ - Fréquence :

a) - de la tuberculose pulmonaire à début infectieux

b) - avec laquelle les abcès et les pneumopathies aigües non suppurées se compliquent de tuberculose pulmonaire.

C/ - Arguments cliniques et radiologiques permettant de suspecter la tuberculose pulmonaire devant un abcès ou une pneumopathie aigüe.

D/ - Arguments cliniques et radiologiques évolutifs permettant de suspecter la tuberculose

E/ - Problème pathogènique

F/ - Conséquences thérapeutiques

G/ - Conclusion

Après avoir fait une étude analytique de chacun des cas, nous exposerons les conclusions qui en découlent. La première partie comportera les critères de sélection des cas, dans une deuxième partie, sera rapportée la fréquence avec laquelle la tuberculose pulmonaire se signale par un tableau infectieux et avec laquelle l'abcès où les pneumopathies non suppurées se compliquent de tuberculose pulmonaire.

La troisième partie concernera les arguments cliniques et radiologiques permettant de suspecter la tuberculose pulmonaire. Nous rapporterons dans une quatrième partie les critères cliniques, radiologiques évolutifs permettant de craindre une tuberculose pulmonaire après guérison d'un abcès ou d'une pneumopathie aigüe non suppurée.

La cinquième partie traitera du problème pathogènique tandis que la dernière partie sera consacrée à la conduite thérapeutique pratique.

o

o o

A) - METHODE DE TRAVAIL -

- Critères cliniques

- Critères bactériologiques

Deux critères ont été respectés : un critère d'ordre clinique et un critère d'ordre bactériologique.

a) - Du point de vue clinique

Il n'a pas été tenu compte des petites infections dont la durée variait entre six et dix jours, et qui n'avaient aucun retentissement sur l'évolution de la tuberculose.

60 observations ont été ainsi écartées, parmi lesquelles I8 infections à pyocyaniques, I5 infections à Protéus , I2 à colibacilles et 3 à staphylocoques. N'ont été retenues que les associations parmi lesquelles chaque germe à sa manifestation propre tant du point de vue clinique que radiologique.

b) - Du point de vue bactériologique

- Nous avons insisté sur le nombre d'isolements de germes durant l'évolution de la maladie ; Dans les observations rapportées, et ceci pour la plupart des cas, le même germe a été retrouvé à deux ou à trois reprises durant l'évolution.

- Nous ne nous sommes pas contentés de la présence de germes dans les crachats, nous avons retrouvé ces germes dans le liquide d'aspiration bronchique.

.../..

- Des cultures sur milieux spéciaux ont été pratiqués surtout en ce qui concerne les Bacilles de Koch, afin d'éviter toute discussion sur d'éventuels "Bacilles de Koch de sortie", colorables mais non viables.

o

o o

B) - F R E Q U E N C E :

a) - de la tuberculose pulmonaire à début infectieux

b) - avec laquelle les abcès et les pneumopathies aigües non suppurées se compliquent de tuberculose pulmonaire.

Du point de vue clinique, que ce soit pour les abcès du poumon ou pour les pneumopathies aigües non suppurées dans leur association avec la tuberculose pulmonaire, le mode de début a toujours été un mode de début fébrile.

Le mode de début insidieux, accompagné des signes classiques d'imprégnation tuberculeuse si minutieusement recherchés par le clinicien a été rarement rencontré.

L'absence de ces signes égare le diagnostic de tuberculose pulmonaire à son début et a pour conséquence les erreurs facheuses commises par le thérapeute. "Découvrir la phtisie à son stade initial constitue depuis fort longtemps la préoccupation majeure des cliniciens" disaient BARIETY et BOULANGER en I944, pour ce faire, il serait souhaitable de rappeler toutes les formes de début possibles et leur fréquence. De nombreux travaux ont été faits dans ce sens : EVEN en I944, BROUET et COURY en I948, HEDVAL en I949, BROCARD en I950, VIDAL en I955, LEVI VALENSI en I96I. Nous citerons les importants travaux réalisés par BROCARD et ses collaborateurs en I950. L'étude a porté sur 385 cas de tuberculose pulmonaire, quatre formes de début ont été rapportées dans des proportions que nous grouperons dans le tableau n° 2.

I°) - La tuberculose pulmonaire à début aigü fébrile sur laquelle a insisté RIST ;

2°) - La tuberculose pulmonaire à début insidieux et progressif ;

.../...

3°) - La tuberculose pulmonaire à début silencieux ;

4°) - La tuberculose pulmonaire débutant par un accident.

- TABLEAU n° 2 -

MODE DE DEBUT	Début insidieux	Début fébrile	Début silencieux	Début par complication
POURCENTAGE	5I%	2I%	I5%	I3%

HARTZ A (39) signale dans une communication à propos du diagnostic des tuberculoses pulmonaires se manifestant par un début infectieux que de nombreuses erreurs thérapeutiques sont commises.

Sur 500 observations, 25 avaient un début de pneumopathie aigüe et la plupart du temps ces tuberculoses pulmonaires authentiques échappaient au clinicien au départ.

Sa fréquence serait de I4,2%.

Les travaux de LEVI VALENSI en 1961, ont porté sur 50 tuberculeux. Si le début insidieux classique est retrouvé dans une proportion de 42%, le début "Fébrile" se retrouve dans 20% des cas. Le tableau n° 3 ci-dessous donne le pourcentage des quatre formes de début.

- TABLEAU n° 3 -

MODE DE DEBUT	Début insidieux	Début fébrile	Début silencieux	Début par complication
POURCENTAGE.	42%	20%	32%	6%

Notre étude porte sur 617 cas de tuberculose pulmonaire. Les quatre formes de début avec leur pourcentage respectif ont été considérées, nous les avons groupées dans le tableau n° 4 suivant.

- TABLEAU n° 4 -

FORME DE DEBUT	Début insidieux	Début fébrile	Début silencieux	Début par complication
POURCENTAGE	48%	17%	23%	12%

Nous constatons donc que, dans les 4 statistiques précédentes, la forme classique de début insidieux prédomine ; mais la forme de début fébrile, bien que "décapitée" en partie par une antibiothérapie abusive, occupe une place importante (I7%).

Après avoir rapporté la fréquence avec laquelle la tuberculose pulmonaire se signale par un tableau infectieux initial, envisageons celle avec laquelle les abcès et les pneumopathies non suppurées se compliquent de tuberculose pulmonaire.

Nous citerons les statistiques de SERGENT (62) en I933 qui, à propos d'une étude de I3 abcès du poumon, a constaté une tuberculisation secondaire dans I6% des cas. Des travaux du même auteur (63) rapportent une tuberculisation secondaire dans 8% des cas sur un chiffre de 29 abcès du poumon.

DEPIERRE R et LE BRIGAND H (32)
signalent que la tuberculose pulmonaire est actuellement la principale complication de l'abcès du poumon. Cette tuberculisation pouvant évoluer dans l'ombre de l'abcès, mais le plus souvent elle se manifeste après un certain délai. Pour ces auteurs, la fréquence serait de l'ordre de I0%.

CHARPIN J et collaborateurs (24)
à propos d'une étude de 64 abcès du poumon trouvent une tuberculisation secondaire d'une fréquence de 2%.

.../...

en I963, considérant 47 suppurations pulmonaires du jeune adulte retrouve dans leur évolution une tuberculose pulmonaire dans I5 cas, soit une fréquence de l'ordre de 30%.

ARNOLD E (4)

rapporte une fréquence de I0%.

BERARD (II)

quant à lui, rapporte une étude portant sur I0 ans : il s'agit de II0 abcès du poumon opérés en I0 ans, dont 5 ont vu éclore une tuberculose pulmonaire secondaire, une place spéciale est ainsi accordée au traumatisme local dû à l'intervention chirurgicale.

CHAROUSSET (23)

dans sa thèse sur l'association d'abcès du poumon et tuberculose pulmonaire en I939, signale une fréquence de II%.

Un travail récent de BROCARD H (I6)

rapporte une fréquence de I0%

Citons pour mémoire les travaux de COUVE (27) de SOULAS (64) de TODOROFF (66) DARGALLO (28) traitant de l'association des abcès du poumon et de la tuberculose pulmonaire mais sans aucun chiffre à l'appui.

En ce qui nous concerne, I2 abcès du poumon ont été suivis sur une période de quatre ans : 5 tuberculisations secondaires ont été enregistrées, ce qui donne un pourcentage de l'ordre de 40%. Pour ce qui est des pneumopathies aigües non suppurées, le pourcentage est beaucoup plus faible.

.../...

Sur I42 pneumopathies aigües hospitalisées en 4 ans, I5 ont été suivies après un délai de 2 mois environ, de tuberculose pulmonaire, ce qui correspond à une fréquence de I0%.

Cette fréquence doit attirer l'attention du clinicien. Il faudrait, comme le dit BROCARD, que l'idée de cette association des suppurations pulmonaires soit aussi solidement établie dans l'esprit du praticien que celle de l'association Cancer et suppurations pulmonaires par exemple.

Nous terminerons sur ces termes le chapitre fréquence pour aborder dans une troisième partie les arguments cliniques et radiologiques nous permettant de suspecter la tuberculose pulmonaire devant un abcès ou une pneumopathie aigüe au début.

o

o o

C) - ARGUMENTS CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES PERMETTANT DE SUSPECTER LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DEVANT UN ABCES OU UNE PNEUMOPATHIE AIGUE -

---

La forte prévalence de la tuberculose dans notre Pays s'expliquant par une prophylaxie insuffisante d'une part et par une dénutrition très importante d'autre part, les conditions sont d'autant plus favorables à la survenue de cette affection lorsque s'ajoute le facteur terrain.

Pour ce qui est des abcès du poumon, il surviennent le plus souvent chez des sujets de la cinquantaine dont l'organisme est affaibli. De plus, d'autres tares sont retrouvées chez ces sujets.

Dans l'observation n° I des abcès du poumon, I..... Mohamed, âgé de 59 ans est diabètique. L'interrogatoire nous apprend qu'il s'agit d'un alcoolique invétéré.

Dans l'observation n° 2, S..... Liecheri, âgé de 45 ans présente lui aussi un diabète.

L'observation n° 3 concernant S..... Mohamed, âgé de 48 ans nous apprend que ce dernier a été opéré trois ans auparavant pour ulcère gastrique.

L'observation n° 5 nous signale que M. H..... Slimane, âgé de 60 ans a présenté un an auparavant un abcès du poumon droit.

Dans le sous groupe des pneumopathies aigües et tuberculose pulmonaire simultanées nous avons relevé l'observation n° I7 concernant A..... Mohamed, âgé de 70 ans qui présentait un carcinome épidermoïde bronchique gauche sur lequel se sont greffées à la fois une tuberculose

.../...

et une staphylococcie pulmonaire . Nous constatons donc l'importance de ce facteur terrain puisqu'il intervient dans 80% des cas de suppurations pulmonaires étudiées et dans 25% des cas de pneumopathies aigües suppurées ou non. L'interrogatoire se doit donc de rechercher ce facteur terrain, de même que les signes généraux classiques de la tuberculose. En effet, bien que pour la majorité des observations rapportées il s'agisse d'un syndrome infectieux sévère faisant porter le diagnostic de pneumopathie aigüe, certains signes d'orientation sont retrouvés dans les jours ou les mois précédant l'hospitalisation.

Dans le sous groupe des pneumopathies aigües suivies de tuberculose pulmonaire,

Le cas n° 6 concernant B..... Ahmed, âgé de 2I ans, l'hospitalisation est motivée par une hémoptysie, on retrouve par l'interrogatoire que 2 mois avant son admission, il a présenté de la fièvre, de l'asthénie et de l'anorexie.

Dans le cas n° 8, L..... Hocine, âgé de 30 ans est hospitalisé pour Hémoptysie.

Dans l'observations n° I0, S..... Salah âgé de I8 ans a présenté 2 mois avant son hospitalisation une fièvre vespérale, de l'anorexie et un amaigrissement.

Quels sont les arguments radiologiques ?

Une place importante doit être accordée au siège de la lésion que ce soit pour les abcès ou pour les pneumopathies aigües non suppurées,

.../...

les images ont toujours concerné les sièges d'élection de la tuberculose à savoir les régions lobaires supérieures dans leur partie postérieure, et la partie postéro-supérieure des segments inférieurs.

Après le siège de la lésion, il faudrait analyser minutieusement le cliché standard et au besoin pratiquer des tomographies de face et de profil à la recherche de nodules tuberculeux ou de cavités tuberculeuses dissimulées par l'infection surajoutée. Toutefois, il ne faudrait pas tomber dans l'excès et entreprendre un traitement anti-tuberculeux devant l'existence d'images nodulaires.

MEYER A (52), à propos des staphylococcies pulmonaires pseudo-tuberculeuses disait :

"Les manifestations pulmonaires se présentent du point de vue radiologique sans les caractères propres à l'atteinte staphylococcique et rappellent à s'y méprendre celles de la tuberculose pulmonaire." Des lésions rachidiennes se sont associées à ces lésions pulmonaires staphylococciques et ont réalisé un véritable "Mal de Pott" staphylococcique selon la dénomination de CARNOT.

HUGUENIN A et collaborateurs (40)
ont fait une étude de ces images micro-nodulaires au cours de pneumopathies aigües en Algérie ; ils constatent que ces images disparaissent après I8 jours de traitement à la Pénicilline.

KOURILSKY (42)
en I947 avait déjà signalé la fréquence des formes pseudo-tuberculeuses des pneumopathies aigües.

.../...

parlant des aspects particuliers des affections pleuro-pulmonaires aigües en Afrique du Nord, cite le cas précis d'un malade de 40 ans hospitalisé dans un état cachetique et émettant en abondance une expectoration purulente. La radiographie montrait des opacités denses floconneuses, irrégulières, dispersées dans les 2 champs sous claviculaires et débordant à droite vers le sommet. Un traitement antibiotique non spécifique a amené une guérison radiologique et clinique rapide.

Nous voyons donc que bien qu'il existe quelques arguments cliniques et radiologiques nous permettant de suspecter la tuberculose pulmonaire au cours des abcès du poumon et des pneumopathies aigües non suppurées, le diagnostic pose encore beaucoup de difficultés. Ces difficultés doivent nous pousser à avoir une conduite pratique. Cette conduite comporte deux gestes capitaux :

I°) - Il faut pratiquer des examens bactériologiques fréquents. Les ensemencements doivent être systématiques.

L'enquête bactériologique est un temps essentiel pour la conduite du traitement disait COURY Ch (25). Pour BROCARD (I6) les examens de l'expectoration doivent être répétés au moins 3 fois par semaine avec toujours recherche de Bacilles de Koch à l'examen direct et ensemencement sur milieu de Lowenstein.

2°) - La prescription de Streptomycine ou d'autres drogues anti-tuberculeuses doit être proscrite. MEYER A (53) insiste sur le fait qu'il est formellement contre indiqué de traiter une pneumopathie aigüe

.../...

par la Streptomycine tant que la tuberculose pulmonaire reste une affection répandue.

BROCARD H (I8) signale qu'au cours des suppurations pulmonaires une règle fondamentale consistant à proscrire une thérapeutique anti-bacillaire doit être observée.

DESPIERRES G (33), en I966 à propos des indications et des contre indications de l'association Pénicilline-Streptomycine, signale que celle-ci est formellement contre indiquée tant que l'élimination de la tuberculose par des examens bactériologiques répétés n'a pas été faite.

Pour DEPARIS M (3I), on ne doit jamais traiter une pneumopathie aigüe par la Streptomycine tant que la tuberculose n'a pas été éliminée par des examens bactériologiques.

Cependant bien que de nombreux auteurs aient discrédité cette association Pénicilline-Streptomycine, de nombreuses erreurs sont encore commises au cours du traitement des pneumopathies aigües.

L'exemple nous est donné par l'observation n° 3 des abcès du poumon. S..... Mohamed, âgé de 48 ans, est hospitalisé le I3/5/68 pour opacité du sommet droit. Des investigations complémentaires ont été pratiquées dans le service et l'on retient le diagnostic d'abcès du poumon. Un traitement antibiotique comprenant une association de Streptomycine et de Pénicilline est entreprise. Après 2 mois de traitement, on retrouve des Bacilles de Koch dans les crachats.

Cette erreur de prescription est facilitée par certaines spécialités à présentation trompeuse du type Panstrilline, Unicilline.

.../...

D) - ARGUMENTS CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES EVOLUTIFS PERMETTANT DE SUSPECTER LA TUBERCULOSE

Si le diagnostic de tuberculose est très difficile à faire au début, certains arguments cliniques et radiologiques évolutifs sont d'une aide considérable.

Du point de vue clinique, il faudrait peut être accorder une valeur à cette évolution très lente des pneumopathies et ce, malgré un traitement antibiotique intense.

L'état général du malade ne s'améliore que très lentement, la température élevée persiste assez longtemps, le germe pathogène en cause est isolé 2 à 3 fois au cours de l'évolution.

Beaucoup plus significative est l'évolution de l'image radiologique. Il faudrait à ce propos, insister sur l'intérêt d'une épreuve thérapeutique antibiotique non spécifique.

En effet, bien des images difficiles à étiqueter au départ, deviennent parlantes au cours de l'évolution. Dans les abcès du poumon rapportés dans notre étude, des cavités uniques ou multiples apparaissent après désinfection antibiotique, mais nous touchons là le problème soulevé par BROCARD (20) :

.../...

s'agit-il de cavernes pulmonaires abcédées ou d'abcès du poumon tuberculisés ?

Dans l'observation n° 6, B..... Ahmed, âgé de 2I ans, est hospitalisé pour Hémoptysie. Au départ la radiographie pulmonaire montrait une opacité para-hilaire gauche, après I mois de traitement non spécifique l'image radiologique met en évidence au niveau de l'opacité, une petite caverne.

L'observation n° 7, M..... Amar âgé de I9 ans est hospitalisé pour opacité de la base droite. Un traitement antibiotique non spécifique de 4 mois entraîne une très bonne amélioration radiologique. Puis on note un ensemencement massif des 2 bases par de petits nodules tuberculeux puisqu'en cette même période le Bacille de Koch est retrouvé dans les crachats.

L'observation n° 8, L..... Hocine, âgé de 30 ans, est hospitalisé pour Hémoptysie. La radiographie pulmonaire au départ montrait une opacité du champ droit avec une petite cavité. Après traitement non spécifique, une radiographie pulmonaire montre de nombreux nodules diffus à tout le champ droit, l'examen bactériologique signale la présence de Bacilles de Koch à l'examen direct.

L'observation n° 6,B..... Mohamed, âgé de I7 ans est hospitalisé pour pneumopathie. Les examens cliniques et bactériologiques sont en faveur d'une staphylococcie pulmonaire. La radiographie montre une opacité hétérogène de la base droite. Après trois mois de traitement non spécifique

.../...

on pratique une radiographie pulmonaire qui montre l'apparition de petits nodules au niveau de tout le champ droit, l'examen bactériologique signale parallèlement la présence de Bacilles de Koch.

Nous voyons donc que si pour les abcès du poumon la surveillance radiologique et bactériologique porte sur plusieurs années, pour ce qui est des pneumopathies aigües non suppurées, le délai de la manifestation tuberculeuse est plus court. La traduction radiologique de cette affection se fait 2 à 3 mois après le début de l'affection aigüe. La disparition des germes pathogènes banaux des crachats, la persistance des signes fonctionnels, des signes généraux et radiologiques doit entraîner une recherche systématique de Bacilles de Koch dans les crachats et des ensemencements sur milieu de Lowenstein.

Ceci nous conduit au problème pathogénique de cette association.

o

o o

E) - PROBLEME PATHOGENIQUE -

Le problème pathogènique de l'association des abcès du poumon et de la tuberculose pulmonaire a suscité de nombreuses discussions. De nombreuses hypothèses ont été émises à ce sujet.

Pour SERGENT (62)
la tuberculisation de I6 abcès du poumon qu'il a suivis serait dûe à un effondrement d'un ancien foyer tuberculeux.

Cette théorie de "Bacilles de Koch" de sortie doit être abandonnée. LAGESE (46), signale que si la recherche de Bacilles de Koch est positive alors que tout est en faveur d'un abcès du poumon, l'hypothèse de "Bacille de Koch de sortie" doit être soulevée avec la plus extrême méfiance car l'expérience montre que les associations pathologiques sont très fréquentes. Malheureusement des erreurs d'interprétation sont encore commises. L'exemple nous est donné par l'observation n° 5, H..... Slimane, âgé de 60 ans est hospitalisé pour pneumopathie probable. Les examens pulmonaires pratiqués dans le service précisent qu'il s'agit d'un abcès du poumon. Des examens bactériologiques pratiqués sur une aspiration bronchique au cours de l'évolution signalent qu'un ensemencement sur milieu de Lowenstein a donné naissance à de nombreuses colonies de Bacilles de Koch. Devant l'amélioration radiologique, ce Bacille de Koch est considéré par le médecin traitant comme étant un "Bacille de Koch de sortie" et le malade sort avec un traitement antibiotique non spécifique.

DELARUE (29) quant à lui explique l'association de la manière suivante : "Toute importante lésion broncho-pulmonaire engendre des modifications circulatoires locales qui sont à l'origine de la génèse d'une tuberculose secondaire."

.../...

MURRAY F (55)

pense que la tuberculisation est dûe à une diminution de la résistance de l'organisme. D'autres auteurs rejoignent cette thèse :

AMSLER R (3)

rapporte le cas de deux jeunes soldats ayant présenté une pneumopathie virale. La réaction de Hirst était positive à l'Antigen A pour l'un et à l'Antigen B pour l'autre. Les examens bactériologiques pratiqués périodiquement au cours de l'évolution ont révélé la présence de Bacilles de Koch dans les crachats.

DURAND-DELACRE (34)

signale qu'à la suite d'une agression virale d'une infection associée, une anergie secondaire apparaît et donne lieu à des tuberculoses pulmonaires aigües.

BERNARD (E) et KREIS (B) (I2)

parlent d'un affaiblissement transitoire de l'allergie tuberculeuse causé par l'affection grippale. Ils réalisent des travaux expérimentaux sur cinq groupes de souris. Ces cinq groupes de souris sont soumis à une infection grippale benigne alors que depuis une à cinq semaines évolue chez elles une tuberculose discrète. Quinze jours plus tard, la moitié de ces souris est sacrifiée. Les lésions macroscopiques tuberculeuses qu'elles présentent sont plus importantes que chez les souris tuberculisées parallèlement mais non infectées par le virus grippal.

.../...

BRUN (J) (22) signale une poussée de tuberculose en I957-I958 au cours de l'épidémie de grippe asiatique A.

La quatrième hypothèse considère que la tuberculisation des suppurations pulmonaires est dûe à un traumatisme local. Cette théorie a eu la faveur de MURRAY (55) et surtout de BERARD et Collaborateurs (II) qui considèrent 2 lots d'abcès du poumon : un premier lot est traité médicalement et le deuxième lot est traité chirurgicalement. Si l'on ne note aucune tuberculisation secondaire dans les suites des abcès traités médicalement, 5 abcès traités chirurgicalement ont vu éclore une tuberculose pulmonaire. Le traumatisme local serait donc une explication de cette tuberculisation.

L'hypothèse la plus récente est celle émise par BROCARD (I6). Il y a suppuration initiale d'une caverne tuberculeuse. Au moment de la constitution de celle-ci, l'oedème bronchique d'accompagnement gêne l'élimination des produits qui s'accumulent dans la cavité en cours de formation et permet à la flore saprophyte de devenir pathogène. L'examen bactériologique pratiqué à cette période ne montre pas de Bacilles de Koch. Lorsqu'à la suite d'un traitement antibiotique non spécifique, l'infection se tarit, on peut alors mettre en évidence le bacille de Koch.

En définitive quelle théorie adopter ?

De l'étude de nos observations, il ressort que la pullulation microbienne masque le Bacille de Koch. Il importe de préciser que l'iso-

.../...

lement du Bacille de Koch n'a jamais été fait au départ ; un certain délai, correspondant au tarissement de l'infection par une Pénicillinothérapie massive était nécessaire.

D'autre part, la manifestation radiologique de l'affection tuberculeuse n'intervenait qu'après destruction des germes pathogènes banaux. Nous savons qu'in vitro, la pullulation des germes pyogènes aboutit dans une expectoration conservée plusieurs jours à température ambiante, à la lyse des Bacilles de Koch ou tout au moins à l'entrave de leur multiplication. On peut donc se demander si ce phénomène n'intervient pas chez l'homme.

Enfin, il faut rappeler le rôle joué par le terrain, et admettre dans certains cas la théorie de la diminution de la résistance de l'organisme émise par MURRAY et d'autres auteurs.

o

o o

F) - CONSEQUENCES THERAPEUTIQUES

Si cette association pneumopathie et tuberculose pulmonaire pose un problème dianostique sérieux, il serait prudent d'observer une conduite thérapeutique pratique afin d'éviter de graves erreurs. Une épreuve thérapeutique non spécifique au début de l'affection est d'un grand apport pour la précision du diagnostic. Comme il a été vu dans les observations rapportées, il a fallu tarir l'infection pour isoler le Bacille de Koch qui n'a pas été retrouvé au départ.

BROUET G et Collaborateurs (2I)

parlent d'un traitement d'épreuve sans tuberculostatiques au cours de certaines pneumopathies posant des problèmes diagnostiques. 27 observations ont été considérées comme étant des pneumopathies infectieuses. Au départ le Bacille de Koch n'a pas été isolé. Un traitement d'épreuve a été entrepris, des examens bactériologiques et des radiographies ont été pratiqués tous les I5 jours puis tous les 30 jours. Sur ces 27 observations, I7 furent d'authentiques pneumopathies infectieuses et I0 des tuberculoses pulmonaires.

Que doit comporter ce traitement d'épreuve ?

Il ne faut jamais donner trois antibiotiques généraux à la fois, deux suffisent. La Pénicilline à forte dose peut être associée soit à la Terramycine, soit au Chloramphénicol. Il est par contre déconseillé de l'associer à la Flabelline : PECHERE J.C. (57) signale dans un article sur les antibiotiques, qu'une grande règle de prescription de ces derniers consiste à ne jamais administrer simultanément chez un malade deux médications appartenant à un même groupe ; Hors la Pénicilline et la Flabelline appartiennent au même groupe, celui des Bêta-lactamines.

.../...

Il faudrait rappeler que l'association de la Pénicilline à la Streptomycine ou à tout autre tuberculostatique doit être proscrite car elle ne fait que retarder et entraver l'isolement du Bacille de Koch. Lorsque ce traitement d'épreuve a été entrepris, une surveillance stricte s'impose. Au cours de l'évolution, les examens bactériologiques doivent être répétés, des ensemencements doivent être pratiqués, il est recommandé de rechercher avec insistance le Bacille de Koch à la période de tarissement de l'infection. Parallèlement, des radiographies pulmonaires et des tomographies doivent être demandées.

Après la guérison, et surtout en ce qui concerne les suppurations pulmonaires, des examens de contrôle seront pratiqués.

BROCARD (I6)
conseille de suivre ces malades pendant une durée de quatre à cinq ans.

Deux observations rapportées dans notre étude permettent d'émettre un avis sur cette surveillance tardive :

Observation n° 2, S..... Liecheri, âgé de 45 ans, est hospitalisé le I2/3/66 pour abcès du poumon droit. L'interrogatoire nous apprend que ce même malade a été traité en I959 pour abcès du poumon. Il ressort de l'étude de son ancien dossier que la récidive s'est produite au même siège.

.../...

Observation n° 5,H..... Slimane, âgé de 60 ans, est hospitalisé le 23/I0/69 pour abcès du poumon droit. Un an auparavant, le malade avait été hospitalisé pour abcès du poumon ayant la même topographie.

Le délai de surveillance proposé par BROCARD est donc amplement justifié (Dans l'observation n° 7, la tuberculisation s'est produite sept ans après).

o

• o

G) - C O N C L U S I O N -

L'association des pneumopathies aigües et de la tuberculose pulmonaire n'est donc pas aussi rare qu'on le pense, les chiffres rapportés dans notre étude devraient attirer l'attention du clinicien.

Si cette association pose des problèmes du point de vue diagnostic, la prescription d'un traitement antibiotique d'épreuve ne comportant pas de tuberculostatiques nous est d'un grand secours.

D'autre part, la surveillance d'un malade porteur d'une pneumopathie aigüe non suppurée ou d'un abcès du poumon durant son évolution doit être rigoureuse.

A propos des abcès du poumon, une visite par an serait souhaitable. Celle-ci sera répétée si le malade présente des signes fonctionnels ou généraux faisant suspecter une rechute ou une tuberculisation secondaire.

o

o o

- CHAPITRE IV : B I B L I O G R A P H I E

I) - ABERNATHY R.S. - Antibiotic therapy of lung abscess, effectiveness of penicillin,

Diseases of the chest, I968, I, 592-598

2) - AMBERSON A clinical considerat of abscesses and cavities of the lung bull.

Hopkins Hosp. I954, I, 94-227.

3) - AMSLER R. Médecin-Capitaine QUELET et METIVIER,

Pneumopathies aigües à réactions virales et tuberculeuses simultanées - Semaine des Hôpitaux de PARIS, I962, 2, I682-I685.

4) - ARNOLD E. et Ahmed ZADEM C.

Abcès du poumon et tuberculose pulmonaire. Medecina thoracalis I963, suppl. vol.20, 3I-37.

5) - AUZEPY Ph. SARRAZIN A. et DEPARIS M.

Etude sémiologique et statistique de 200 cas de pneumopathies aigües non suppurées non tuberculeuses, Bulletin. Mém. Soc. Med. Hop. PARIS, I964, I, II5I-II80.

6) -BARBIER J. et VIALLIER J -

Abcès putride du poumon avec Bacilles de Koch. Soc. Med. des Hop. de PARIS, I936, I, 656-658.

7) - BARIETY M. et CHOUBRAC P.

Suppurations pulmonaires. Maladies de l'appareil respiratoire I96I, 4I5-437.

8) - BARIETY M.

Evolution des idées et des faits en matière de suppurations pulmonaires. Revue du Praticien, I970, 20, 2323-2328.

.../...

9) - BELOUIN

Les rapports entre abcès du poumon et tuberculose depuis l'usage des antibiotiques. Thèse, PARIS I954.

I0) - BENHARD

A study of I48 cases of lung abscesses Due to aspiration. Diseases of the chest, I963, I, 620-630.

II) - BERARD J - ODE - MOULIN et BARACHIN -

La tuberculisation des abcès du poumon opérés. J.F. Med et chir. Thor. I952, I, 428-440.

I2) - BERNARD (E) - KREIS (B) et LE QUAN SANG -

Grippe et tuberculose (avec une étude expérimentale chez les souris). Revue de Tuberculose et de Pneumologie I962, 26, 56I-576.

I3) - BOUR H -

Evolution des idées et des faits sur les pneumonies et pneumopathies aigües, essai de définition et de classification - Revue du Praticien I964, I4, II85-II94.

I4) - BOURGEOIS P

Etude nosologique des suppurations et abcès pulmonaires. Revue du Praticien, I958, 8, 2875-2878.

I5) - BROCARD H. et RENAUD Cl. -

Problèmes diagnostiques de l'abcès du poumon. Revue du Praticien, I953, 4, 274-288.

I6) - BROCARD H

Suppurations pulmonaires secondaires ou concomitantes d'autres atteintes parenchymateuses. Revue du praticien I970,20, 2355-2368.

.../...

I7) - BROCARD H - et RENAUD Cl.

Traitement actuel des abcès du poumon. Revue du praticien I953, 3, I69-I79.

I8) - BROCARD H.

Conduite du diagnostic des suppurations pulmonaires. Revue du praticien, I958, 8, 292I-2930.

I9) - BROCARD H - Traitement des suppurations pulmonaires. Cahier de collège de Med. des Hop. de PARIS, I963, 4, 6I4-623.

20) - BROCARD H. RENAUD C et CHOFFEL C -

Les cavernes pulmonaires tuberculeuses abcédées. Presse Médicale, I936, 2, I327-I329.

2I) - BROUET G - LIOT F - NOUAILHAT F -

Problèmes diagnostiques posés par les pneumopathies infectieuses non tuberculeuses. Intérêt d'un traitement d'épreuve sans tuberculostatiques. Revue du Praticien, I962, 8, 263-274.

22) - BRUN (J), KALB (J.C) et LANCESTRE -

Grippes et infections virales responsables ou révélatrices de tuberculose. J. Med. de LYON, I96I, 42, I87I.

23) - CHAROUSSET -

Abcès du poumon et tuberculose pulmonaire. Thèse PARIS I939.

24) - CHARPIN J. METRAS H. ZAFIROUFOULO Z -

Evolution des cavités résiduelles des abcès du poumon. J.F. Med et chir. Thor. I956, I, 204-2I0.

.../...

25) - COURY Ch - et THIBAULT Ph -

Cavités résiduelles des abcès pulmonaires - Revue du praticien I958, 8, 294I-2946.

26) - COURY Ch. SAFAR M. MARNEFFE J -

Réflexions à propos de I34 cas de pneumopathies aigües. Poumon et Coeur I964, 6, 35I-367.

27) - COUVE

Les évolutions tuberculeuses au cours des suppurations pulmonaires, Thèse, PARIS I933.

28) - DARGALLO R - et BIETO E -

Abcès pulmonaire et tuberculose pulmonaire cliniquement consécutifs. Revue Espagnole de tuberculose I936, I, I07-I23.

29) - DELARUE J - SORS Ch - MIGNOT J. PAILLAS J.

Lésions broncho-pulmonaires et modifications circulatoires. Presse médicale, I955, I, I73,- I77.

30) - DEPARIS M. MANIGAND G, AUZEPY Ph -

Pneumopathies aigües non suppurées. Cahiers BAILLERE N° 5 PARIS I967, I, I27.

3I) - DEPARIS M. et AUZEPY Ph -

Traitement des pneumopathies aigües non suppurées de l'adulte. Revue du praticien I968, supplément n° 32.

32) - DEPIERRE R - et LE BRIGAND H -

Abcès du poumon et tuberculose pulmonaire, Encyclopédie Médico-chirurgicale I966, 6003 F I0, I-I8.

.../...

33) - DESPIERRES G - BONNET P.A. PHILIP H -

Indications et contre-indications de l'association Pénicilline - Streptomycine dans les affections pulmonaires aigües. Semaine des Hôpitaux de PARIS I966, 2, I864-I866.

34) - DURAND - DELACRE R -

Les aspects particuliers des affections pleuro-pulmonaires aigües en Afrique du Nord. Revue du Praticien, I960, IO, 3725-373I.

35) - ENJALBERT L, LARENG M.B. et GOZE A -

Bactériologie des prélèvements endobronchiques chez l'homme au cours des suppurations pulmonaires. Revue du Praticien I970, 20, 2329-2337.

36) - ESKENAZY A et IONESCU J -

Les limites du remaniement thérapeutique dans les suppurations pulmonaires. Poumon et Coeur I967, I, 853-865.

37) - FIESSENGER Ch -

Les cavités des suppurations pulmonaires, leur diagnostic en pratique courante. Revue du Praticien I960, IO, 9I-98.

38) - GIALLOMBARDO R -

Contribution clinique au diagnostic différentiel entre les bronchopneumonies virales et la tuberculose pulmonaire. Revue italienne de la Tuberculose, I956, I, I42-I57.

39) - HARTZ A

The diagnosis of pneumonia preceding tuberculosis. Annals of Internal Medicine, Lancaster, I949, 3I, I066-I076.

.../...

40) - HUGUENIN A - CHARLES F et VENEZIA -

Images pseudo-tuberculeuses micro-nodulaires au cours d'une pneumopathie aigüe. Algérie Médicale I949, I, I57-I60.

4I) - ISRAEL R et PERSONNE Cl.

Suppurations broncho-pulmonaires diffuses. Revue du Praticien I958, 8, 293I-2940.

42) - KOURILSKY R - FORESTIER M - REGAUD J - BOUCHART C -

Fréquence actuelle des formes pseudo-tuberculeuses des pneumopathies aigües et subaigües. J. de Med. et chir. thor. I947, 5, 3I8-328.

43) - KOURILSKY R et DECROIX G -

Les cavités résiduelles des abcès pulmonaires J.F. de Med. et chir. Thor. I956, I, 2II-220.

44) - KOURILSKY R - DECROIX G et ASTHIE

Les suppurations pulmonaires avec grosses destructions parenchymateuses. J.F. de Méd. et chir. thor. I956, I, 38-48.

45) - KOURILSKY R - DECROIX G, KOURILSKY S et REGAUD -

Résultats du traitement médical de 60 cas d'abcès pulmonaires J.F. de Med. et chir. thor. I955, 3, 3I7-325.

46) - LAGESE P. GALY P BRUNE J. et LHEUREUX P.

Les suppurations pulmonaires apparemment primitives de l'adulte. Revue Lyonnaise de Médecine, I965, I4, 267-276.

.../...

47) - LAPORTE A et BERTHELOT J -

Les méthodes thérapeutiques actuelles des pneumopathies aigües non tuberculeuses. Assises de Médecine, I959, 2, 95.

48) - LESOBRE R -

Traitement des pneumopathies aigües non suppurées. Cahiers de Collège de Médecine, Hôpitaux de PARIS, I965, 6, 7I.

49) - MANNES P -

Les cavités résiduelles après traitement des abcès pulmonaires par les antibiotiques. J.F. de Méd. et chir. Thor. I956, I, 222-224 -

50) - MATTEI, BLANC F, HECKENROTH M. LAVAL P -

Formes bactériologiques de suppurations pulmonaires - Revue du Praticien I958, 8, 2887-2908.

5I) - MEYER A - BRUNEL M. et MELEKIAN B -

Le traitement médical des suppurations pulmonaires. Revue du Praticien I958 - 25, 2947-2952 -

52) - MEYER A -

Les staphylococcies pulmonaires pseudo-tuberculeuses. Revue du Praticien, I953, 3, 237-244 -

53) - MEYER A - BRUNEL M -

Conduite à tenir devant une pneumopathie aigüe chez l'adulte - Revue du Praticien I964, I4, I27I-I279 -

54) - MOREAU A - BOUR H - BOUSQUET C et GOMART D -

Considérations sur les suppurations pulmonaires du jeune adulte. J.F. de Méd. et Chir. Thor. I963, I, 435-455.

.../...

55) - MURRAY F - Abcès du poumon et tuberculose - Revue américaine de tuberculose, I936, I, 236-250 -

56) - OGATAK -

A study of lung abscess with spécial reference to diagnosis (Japanèse) Res. Int. anti. Tb. Assoc. TOKYO I962, 7, 205-2I3

57) - PECHERE (J.C.)

Les antibiotiques, présentation et propriétés générales - Revue du Praticien I968, I8, 4687-4705.

58) - PERLMAN L - LERNER E, DESOPO N -

Clinical classification and analysis of 97 cases of lung abscess Am Rev. Resp. Diease I969, 99, 390-398.

59) - POTIER D et HUGUES F.C. -

A propos de 68 pneumopathies aigües, MARSEILLE Médicale I965, I02, 8I5-8I8.

60) - POULET J -

Evolution des abcès du poumon, concours médical I966, 88 2565-2582

6I) - SHAFRON R.D and Tate C.F. - Lung Abscesses - Diseases of the chest, I968, I, I2-I8

62) - SERGENT E, KOURILSKY, COUVE

Suppurations pulmonaires et tuberculose associée. Revue de la Tuberculose I932, 2, 742-745 -

63) - SERGENT E - et FOURESTIER M -

Eclosion au réveil de la tuberculose au cours des suppurations pulmonaires et pleurales. Revue de la Tuberculose, I938, 4, 638-656.

.../...

64) - SOULAS -

3 cas de tuberculose s'étant révélés au cours d'un abcès récent - Bulletin de la Société de Médecine, I936, 4, 27.

65) - TARANGER -

Signes, diagnostic et traitement des abcès du poumon, MARSEILLE Médicale, I968, I05, 63I-635.

66) - TODOROFF -

Tuberculosi et ascesso polmonare. Gazette Medica Italiano, I949, I08-I20 -

67) - TURUPANOVA N.R. et STREPETOVA T.N.

Problèmes diagnostiques des pneumopathies aigües et de la tuberculose pulmonaire. Sovet Med. I969, 32, 24-28.

68) - VIALLIER J et SEDALLIAN A -

Renseignements fournis par l'examen bactériologique au cours des pneumopathies. Ann. biol. clin. I965, 23, 643.

69) - WOLCOTT MW and Murphy J.D. -

The changing picture of lung abscess therapy. Dis chest. I957, I, 32-62 -

- S O M M A I R E -

CHAPITRE I - Introduction p. I8

CHAPITRE II - Classification des observations, P. 23

- Abcès du poumon p. 24
- Pneumopathies aigües non suppurées, p. 44
- Pneumopathies aigües précédant ou révélant une tuberculose pulmonaire, p.45
- Pneumopathies aigües au cours d'une tuberculose pulmonaire en traitement, p.68
- Pneumopathie aigüe et tuberculose pulmonaire simultanées, p. 77

CHAPITRE III - Commentaires, p.9I

- Méthode de travail p.93
- Fréquence, p. 96
- Arguments cliniques et radiologiques permettant de suspecter la tuberculose au début, p.I03
- Arguments cliniques et radiologiques évolutifs permettant de suspecter la tuberculose après guérison des abcès du poumon ou des pneumopathies aigües, p. I09
- Problème pathogènique, p. II3
- Conséquences thérapeutiques, p. II8
- Conclusion, p. I22

CHAPITRE IV - Bibliographie, p. I24